Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 01. - Paris: Masson, 1928.
Cote : 90152, 1928, n° 01

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1928x01

©BIUM

90152

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

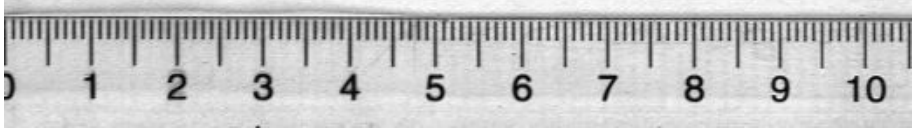
DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANN. MÉD.-PSYCH., 12e série, t. I. Janvier 1928. 1. 1



©BIUM

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef honoraire de l'Asile Clinique (Ste-Anne)

DOUZIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

QUATRE-VINGT-SIXIÈME ANNÉE

90452

PARIS

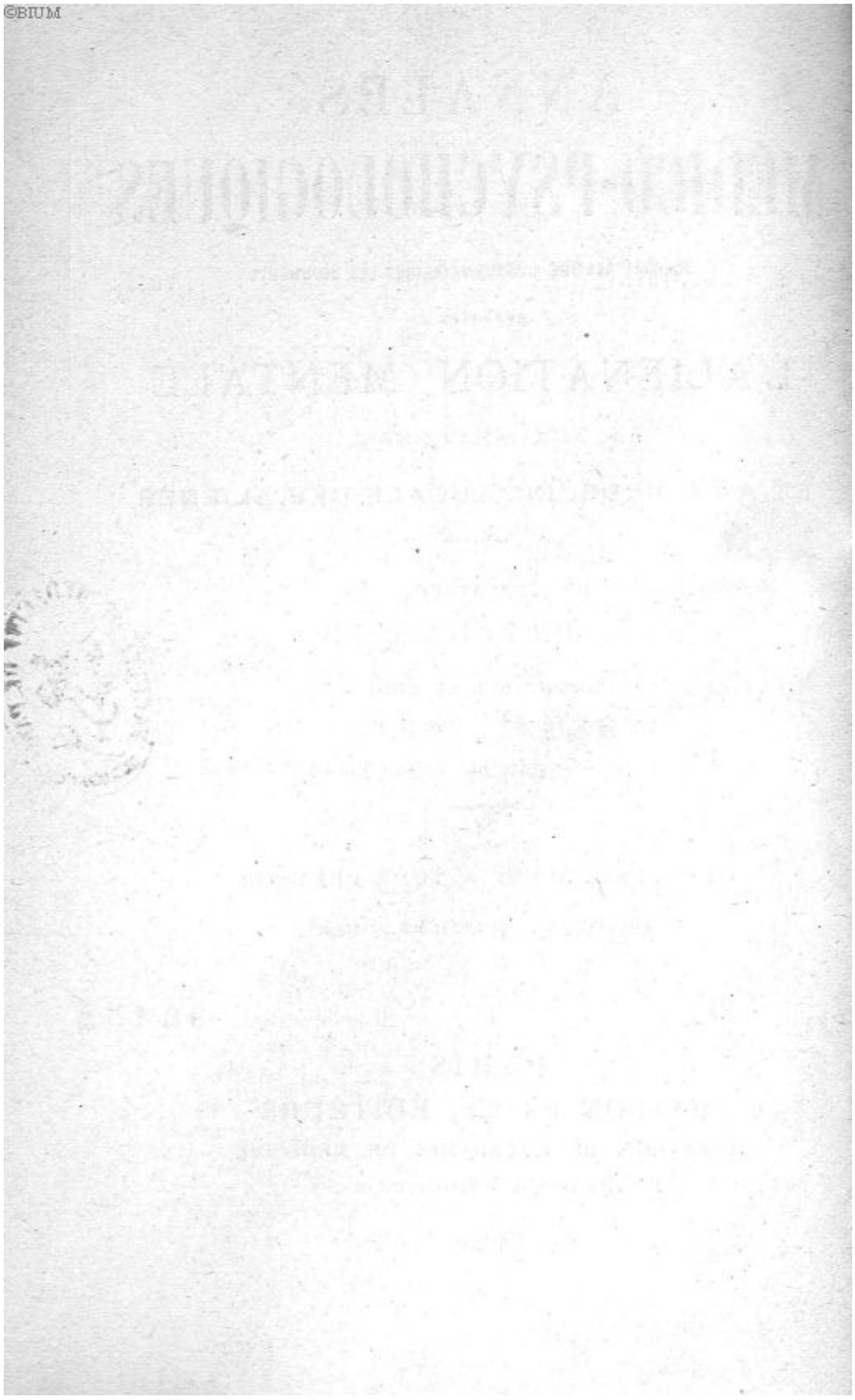
MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6e)

1928

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Impressions Médico-Psychologiques de Portugal

Son éloignement, la turbulence de ses révolutions perpétuelles, les récits sur l'impraticabilité de ses routes et sur l'insuffisance de ses hôtels détournent le Français du Portugal. Sans l'enlèvement par un Portugais résolu à piloter et héberger son hôte, on s'abstient d'y partir et l'on se prive de jouissances esthétiques, intellectuelles et physiques d'une rare qualité. Personnellement, c'est à l'amitié magnifique du célèbre poète et écrivain Faria de Machado que je dois d'avoir sillonné, pendant deux semaines d'automne, cette région montagneuse et maritime où le printemps jette deux fois par an sa plus somptueuse parure et d'en avoir connu la population dont les mœurs ont conservé le plus pittoresque relief.

L'esquisse rapide des impressions d'ordre médico-psychologique rapportées de ce séjour prouve l'intérêt

©BIUM

d'un tel voyage pour quiconque déplore la ruine des civilisations locales sous l'envahissement niveleur du cosmopolitisme moderne.

⁂

LE PAYS. — Il faut, pour en mieux goûter les beautés, y pénétrer par l'est, après avoir roulé pendant plusieurs jours sur les plateaux arides, désolés, calcinés des interminables Castilles. Le paysage pour commencer est navrant avec la calvitie aveuglante de ses blanches ondulations que tigrent de rares hameaux aux masures de pierres superposées, sans ciment et parfois sans fenêtre. Le parcours, peu après Villar Formoso, mérite son surnom de « route excommuniée ». La gorge entre de hautes montagnes est désertique. Ni flore, ni faune, ni forme, ni mouvement. Pas même un rocher pour accrocher et retenir le regard pendant l'enfoncement silencieux de l'auto qui sombre, tout allumage coupé, comme aspirée irrésistiblement au fond de ces pentes gluantes, glissantes, enlisantes. Pas un oiseau sur l'azur du ciel. Pas une goutte dans la rigole desséchée du torrent. Pas un bruit, sauf le gémissement effrayé des freins aux à-pics vertigineux des tournants sur l'abîme. Pendant 15 kilomètres, un seul arbre, un immense eucalyptus écorché et grelottant dans les lambeaux de sa peau sanglante, tendant ses rameaux aux feuilles rares et cyanotiques comme des brochettes de langues de suppliciés.

Soudain, après une ascension, non loin de Pinhel, prestigieuse transformation. Le versant occidental de la Serra déroule à perte de vue le moutonnement de ses bois, l'herbe drue de ses prairies, le sautillement de ses ruisseaux, les plans enchevêtrés de ses contreforts. Cette fraîche verdure applique la douceur d'un pansement sur le regard brûlé par tant de poussiéreuses réverbérations. On a le spectacle des vallées alpestres les plus riantes, mais enrichi de la luxuriante végétation des pays de lumière et de chaleur. Les futaies de chênes-lièges, dont le démasclage rougit les troncs, se mêlent aux noires sapinières et aux vertes pineraies. Aux allées obscures de

©BIUM

châtaigniers succèdent des berceaux argentés de mimosas criblés d'or. D'énormes magnolias étageant de blanches chandelles sur une profusion de bobèches vernissées, éclairent et parfument le chemin. Plus loin, c'est une pluie embaumée qui tombe des cimes claquantes des eucalyptus. Des oliviers à stature gigantesque ombragent les prés et les champs qui de plus en plus s'allongent et s'élargissent. Les sphères dorées de l'oranger et du citronnier surplombent les pampres des vignes. Cactus, agaves, aloès érigent leurs grosses ou piquantes feuilles aux replis du terrain. Les maïs déploient leurs étendards sous la ramure découpée des figuiers. Insensiblement, par monts et vaux décroissants, par traversées et descentes de rivières et de fleuves, avançant toujours dans la splendeur végétale d'un sol fertile jusqu'au contact même des flots, on arrive sur l'immensité radieuse de l'Océan.

Les villages, plus crânes que ceux d'Espagne qui dissimulent leurs jaunes murailles sous la couleur de la terre, montrent bravement leurs claires chaumières et leurs boutiques sans enseigne. Comme des lanternes d'albâtre enchâssées de granit, les clochers sans pointes, crépis de blanc sur les quatre faces, sauf aux arêtes des angles et des arcades, illuminent mystiquement le paysage.

Toutes les choses ruissellent de lumière pendant le jour et quand vient le crépuscule, le soleil ne les quitte qu'à regret. Redoutant pour leur fragile éclat le passage aveugle de la nuit, il laisse tomber sur elles, avec une amoureuse lenteur, la housse soyeuse de ses derniers rayons. Un poudroiement vert, irisé de flammes, arrive alors de l'occident, comme un tissu de fête enlevé par la brise aux luxueux étalages d'une fabuleuse Golgonde.

Et quelque passionné de vitesse que soit le chauffeur, on a toujours le loisir d'admirer les splendeurs du parcours, car les ornières effroyables des routes imposent la même lenteur à tous les véhicules. Chevaux-vapeurs ou chevaux de chair sont parfois mis au pas de l'homme à pied.

©BIUM

LES VILLES. — Aucune n'est directement bâtie sur la mer. Toutes sont vivantes ; le mauvais état des communications empêchant le drainage des activités régionales vers un centre.

Lisbonne. — C'est la ville des arts et des mondanités. Capitale de plus d'un demi-million d'habitants, elle est très cosmopolite. Coquette, elle fuit les graisses et les fumées de son port, pour exhiber sur les collines qui bordent le Tage au nord, sa délicate toilette de demeures blanches et roses. De formidables paquebots rouges et noirs soufflent des tourbillons de suie sur l'émeraude de sa rade, inexactement appelée « Mer de paille ». Les deux rives, espacées de 5 kilomètres, ne sont guère plus escarpées que celles du Léman à Genève.

Des artères larges, droites et propres montent dans tous les sens, sillonnées de tramways, animées d'une population élégante, à la fois leste et flâneuse. Entre les façades de maisons superposées en amphithéâtre, un forum plat et sans arbre s'allonge en rectangle, devant le portique corinthien d'un théâtre. Il est bordé d'étroits cafés et jalonné dans son grand axe par deux fontaines à cariatides que sépare la colonne piédestal de la statue d'un général. Des funiculaires et même des ascenseurs en pleine rue, tellement les dénivellations sont rapides. D'opulents magasins. Une ébauche bien réussie d'avenue des Champs-Elysées sur le modèle de Paris. De frais bosquets aux plantes exotiques. Des palais et des dômes sur tous les sommets ; enfin, dominant le tout de leurs grises silhouettes, la coupole et les clochetons de la basilique de l'Estrella.

Porto. — C'est la ville du labeur et du commerce. Un peu moins peuplée que la précédente, elle est plus remuante. Moins grande, elle est beaucoup plus belle et plus originale. Sur le pan rocheux qui du Douro s'élève verticalement jusqu'à 100 mètres de hauteur, elle a tissé depuis des siècles une éblouissante tapisserie d'architectures et de jardins. Portes, fenêtres, toitures, feuillages, clochers, gazons s'y échelonnent en un chatoyant fouillis. Et maintenant encore, elle ajoute sans cesse de nouveaux quartiers à ceux qui recouvrent le plateau, alignant des rues de plusieurs centaines de numéros.

©BIUM

Quel mélange de matelots, de paysans, d'ouvriers, de soldats, de gueux, de femmes, de bêtes et d'étrangers ! Quel trafic ! et que de charroi !

Un pont à deux tabliers suspendus au-dessus l'un de l'autre à 50 mètres de distance, relie les deux parois du couloir, large de plus de 100 mètres, où coule le fleuve. L'inférieur n'est qu'à 10 mètres des eaux. Du supérieur, comme d'une immense passerelle, on admire la lente activité des chars à bœufs sur les quais, la hâte des barques « rabellos » entre les gros vapeurs venus de tous les coins du monde et le roulement des foudres dans le faubourg méridional de Gaïa. C'est ce faubourg qui a donné son nom au pays (*portus Gaïæ*) et ce sont ses caves qui renferment le nectar de ses vignobles : l'incomparable vin de Porto.

Braga. — C'est la ville religieuse, résidence de l'archevêque primat du Portugal. Un léger plateau l'élève au-dessus de deux faibles cours d'eau. Sa cathédrale romane que décorèrent tous les âges et que l'ère manuélienne dota d'un porche soigneusement ouvragé possède, outre la sépulture d'un ancêtre de Charles-Quint, les stalles artistement sculptées d'un chœur qui surmonte la première travée de la nef, et les restes précieux d'un trésor d'objets liturgiques pillé par Junot.

Deux pompeuses basiliques trônant sur les sommets d'alentour épaississent l'atmosphère religieuse de son enceinte moyenâgeuse et de ses couvents. Un chemin de fer à crémaillère, flanqué de gigantesques statues marquant les stations d'un chemin de croix, conduit à la plus proche : le Bon Jésus. La seconde : Notre-Dame de Sameiro, ne s'atteint qu'à pied ou en voiture. Des deux, le panorama est magnifique sur le cirque de Braga avec une étroite échappée en meurtrière par une brèche des montagnes sur la mer lointaine de Vianna.

Malgré son saint couronnement, le charme du site est tout païen, par l'étalage effronté des amours de la vigne avec les arbres dressés sur ses pentes. Elle s'étire souple et câline contre leurs hautes statures ; caressante, elle glisse ses enlacements le long de leurs membres noueux; à leurs sombres perruques, elle mêle sa pâle chevelure

©BIUM

et suspend à leurs épaules les pierreries jaunes et bleues de ses grappes. Aussi est-ce juchées sur des échelles, le regard et les seins pointés vers les astres, que les vendangeuses font la cueillette du raisin.

Coïmbre. — C'est la ville de l'intelligence. Elle ne compte plus guère qu'une vingtaine de mille habitants.

Blanche et svelte, elle jaillit sous un soleil d'or dans le ciel bleu. Les montagnes évasent autour d'elle leurs flancs curieusement vermeils où des rangées d'oliviers et de prairies tracent horizontalement des bandes vertes. Dans cet amphithéâtre de bois de rose, aux pupitres de jade, elle surgit comme une chaire d'ivoire. C'est en effet de l'école qui la casque et qui pendant des siècles fut l'unique université du pays que l'enseignement scientifique fut donné au Portugal : c'est d'elle que s'envolait au moyen âge la parole de ses philosophes, faisant autorité de par le monde, comme le prouve la renommée du fameux « Manuel de Coïmbre ».

A ses pieds, le Mondego, seul fleuve portugais qui naisse et meure dans sa patrie, serpente entre deux plages sablonneuses. Les barques aux proues recourbées et pointues qu'il charrie, pleines de marchandises rurales, ont sous la république même forme et même chargement que sous les monarques catholiques, les émirs arabes, les rois Goths, les proconsuls romains. D'ailleurs, l'empreinte sarrazine se voit encore aux créneaux de la cathédrale et au masque altier des habitants que l'on croise sur les cailloux de ses venelles tortueuses et abruptes.

Sur la rive opposée, en recul du fleuve et en contrebas du couvent fondé par la sainte reine Isabelle, femme de Denis, le créateur de l'Université, une touffe de cyprès agite sa funèbre draperie. C'est à son ombre que vivait et que fut massacrée par de frénétiques patriotes, la belle Espagnole Inès de Castro, épouse clandestine du prince héritier, Pierre-le-Justicier. Plusieurs années après le crime, le veuf devenu roi arracha le cœur de la poitrine aux assassins vivants, força la Cour à défiler devant la morte assise sur le trône, et à l'issue de cet hommage posthume fit ensevelir solennellement le cada-

©BIUM

vre. Quand il mourut, on l'enterra, d'après sa propre volonté, pieds contre pieds, en face de celle qu'il n'avait pas cessé d'aimer, pour pouvoir échanger avec elle le premier regard du dernier réveil, quand sonnera la trompette de la résurrection.

Le ruisseau pleure toujours l'infortunée princesse, dans cette « quinta des larmes ». Et les sables qui burent son sang ont été dispersés par les rafales aux quatre coins de l'horizon, répandant sa teinte rosée sur tous les plis du paysage, témoin de sa tragique destinée.

Guimaraes. — C'est la ville aristocratique. Wamba y fut proclamé chef après la miraculeuse transformation de sa lance en rameau d'olivier. Le premier roi de Portugal, Alphonse, fils d'Henri de Bourgogne, y naquit dans un château dont le donjon crénelé sert d'égide aux nobles hôtels de ses rues. Sa vieille église de Notre-Dame-de-l'Olivier porte inscrits sur les murs délabrés de son cloître le nom des plus anciennes familles des provinces du nord. Pimpantes et fleuries, les arcades de la maison municipale laissent un passage voûté aux piétons et aux voitures.

Des silhouettes étrangères se remarquent parmi la foule de ses carrefours. Elles appartiennent à de savants archéologues venus pour étudier les ruines voisines de l'antique cité ibérienne de Citania.

Abrantès. — Je n'ai vu que de loin le ravissant sourire de ses façades toutes blanches au-dessus d'un pic verdoyant d'oliviers, de cistes, de figuiers que les pigeons sillonnent de leur vol, et qui écarte légèrement la boucle encore plus verte dont le Tage encercle sa base. C'est un minois mutin mais trop poudré, émergeant d'une somptueuse robe dont les rubans céladons palpitent sous la caresse de l'éventail et dont un pied boudeur repousse le dernier volant de velours. Quel aspect conviendrait mieux à la contrée qu'un despote érigea en duché pour le mari fracassant d'une belle, espiègle et charmante qui sut si mal régler sa vie et si bien en écrire l'histoire ?

LA RUE. — Le mendiant cariatide du seuil des restaurants où ses guenilles frissonnent à chaque battement de

©BIUM

la porte ; la femme courant les pieds nus et souvent sanglants, après l'équilibre du fardeau qui écrase sa pauvre tête ; les bœufs trapus, roux et démesurément encornés qui se mettent à deux pour traîner doucement de petits chariots mérovingiens à essieu mobile avec la roue ; les gamins en haillons s'épouillant entre deux cabrioles dans la boue ; voilà les caractéristiques de la rue portugaise, surtout à Porto.

Cette rue, malgré la misère qu'elle montre, on peut impunément y abandonner pendant des heures son automobile découverte, remplie d'objets et de vêtements. Un des factionnaires dépenaillés qui, le ventre creux, montent une garde respectueuse devant les locaux où d'autres se gavent, en assume bénévolement la surveillance dans l'espoir d'une récompense de quelques centimes. Il n'en soustrait jamais rien et n'en laisse approcher personne. Plus redoutable est le voisinage des ruminants à cause de leurs cornes, dont l'envergure égale la longueur de leurs corps.

L'allure désinvolte des riches contraste avec la gêne des pauvres. Le boutiquier ne balance pas à venir vider son étalage dans la voiture du chaland pour laisser à la vénérable croupe de celui-ci, le soutien des coussins, pendant l'épuisant labeur du choix de la marchandise. Il est du meilleur ton de s'affaler plusieurs fois par jour à la terrasse d'un café, pour livrer des pieds immaculés aux frictions superflues d'un cireur agenouillé et couvert de sueur, tandis qu'on baille la fumée de sa cigarette et qu'on s'éponge le front en sirotant une boisson fraîche.

Un geste gracieusement fraternel que l'on surprend sur les trottoirs fréquemment, est celui de l'accolade échangée par deux amis heureux de se retrouver ; ils se penchent affectueusement tous les deux et se passant réciproquement la main droite sur l'épaule gauche, tapotent chacun le dos de l'autre. C'est aussi expressif que le baiser sur la bouche des russes, sans en avoir l'écœurante brutalité.

Mais de toutes les images de cette rue pittoresque où les modèles du Goya des « horreurs de la guerre » et du Murillo des « pouilleries » semblent s'être donné

©BIUM

rendez-vous, il en est une qui domine les autres dans la mémoire d'un Français. C'est celle qui oppose la hâte sans trêve des porteuses humaines sous l'écrasement de leur front, à la nonchalance aisée des quadrupèdes fourchus dont un joug de parade orne le cou sans appuyer sur le crâne, toute la fraction se faisant par un lien enroulé aux cornes. Une définition de Porto se présente tout naturellement à la pensée de qui connaît le vieux dicton sur Paris, paradis des femmes et enfer des chevaux : « Porto, c'est l'enfer de la femme et le paradis du bœuf. »

LES FEMMES. — Leur condition dans le peuple est, en effet, surtout au nord du pays, celle d'une bête de somme. Sur la tête que couvre un fichu de couleur dont la pointe pend derrière la nuque, elles portent jusqu'à leur propre poids de charges de toutes espèces et de toutes dimensions. Quand besoin est, c'est le cas pour le nouveau-né dès le lendemain de l'accouchement, le pan du grand châle de laine sombre qui ne quitte jamais leurs épaules est relevé sur le bras, pour former une poche où fourrer un colis de plus. La jupe miteuse est maintenue au-dessus des chevilles par une noire cordelière qui en plisse le haut autour de leurs maigres hanches.

La mise de l'été ne se distingue de celle de l'hiver que par le dégagement d'une épaule qui transforme le châle en écharpe. En toutes saisons, une même parure faite de boucles métalliques tintinnabulant aux oreilles, de colliers d'or pendant au cou et de bagues brillant aux doigts, rehausse leur toilette.

Rarement, la main ne se lève pour soulager la nuque qui, avec le seul concours des reins, assure l'équilibre du fardeau. C'est à l'incessante contraction des muscles paravertébraux, qu'elles doivent la rectitude de leur port, la souplesse de leur marche, la minceur de leur taille et l'expression pathétique de leur regard, toute la mobilité du corps s'étant pour ainsi dire réfugiée dans les yeux dont les déplacements ne compromettent pas la stabilité générale.

Dans les classes sociales plus élevées, les femmes

©BIUM

ignorent le surmenage de leurs humbles sœurs dont elles ne possèdent pas non plus la sveltesse. Reléguées à la maison pour les soins du ménage et la surveillance des enfants, elles ne partagent pas la vie extérieure des hommes. Le père et les fils des familles bourgeoises ne sont au logis que pour le repas du soir et pour dormir ; à midi, ils déjeunent au restaurant et le reste du temps est consacré aux affaires ou au cercle.

LES VIEILLARDS. — Dans la région septentrionale tout au moins, la longévité avec conservation de la validité physique et mentale est vraiment surprenante, comme le prouvent les cas suivants que j'ai directement constatés.

Un garçon de restaurant du Grand-Hôtel de Porto continue à 82 ans à y exercer allègrement son métier. — Un fermier de 84 ans, brusquement expédié par son patron dans une terre distante de 50 kilomètres, où il n'avait jamais vécu, pour remplacer le métayer assassiné, en a dirigé parfaitement l'exploitation. Il grimpe et descend les échelles sans la moindre gêne, ni le moindre vertige ; aucune trace d'arc sénile aux cornées ; minime hypertension ; bon pied ; bon œil ; et virilité juvénile. Père d'un enfant de 5 ans, les filles des champs redoutent ses galantes entreprises. — Une dame de 89 ans dirige la maison de son fils veuf et père d'une nombreuse famille, donnant les ordres, faisant les comptes, présidant les dîners de gala, mangeant copieusement de chaque plat, buvant généreusement de tous les vins, sachant parler et plaire à chaque invité. — Enfin, un professeur de peinture de 95 ans, père de plusieurs enfants dont l'un âgé de 11 ans, donne encore des leçons et fait les honneurs de son atelier, montrant des paysages alpestres brossés au cours de ses excursions de l'été dernier.

LES CLASSES SOCIALES. — Leurs séparations sont très marquées et le changement d'attitude du Portugais envers les inférieurs est très grand en France et chez lui. La familiarité courtoise de Paris fait place à l'injonction impérieuse.

©BIUM

La noblesse vit sur ses terres, dans ses manoirs ancestraux où souvent le pilori (peloucinbo) atteste encore le droit de justice des aïeux. Elle les quitte à diverses reprises pour de plus ou moins longs séjours dans la capitale voisine ou hors des frontières. Elle connaît très bien la France, lieu d'exil de beaucoup de ses membres. Elle fraye, sans voisiner cependant, avec la haute bourgeoisie ; par exemple, sur la même côte septentrionale, recherchée pour sa fraîcheur, sont à une distance de 15 kilomètres, deux plages élégantes : l'aristocratique Granja et la rôturière Foz. Hostile au régime républicain, ou tout au moins le boudant, elle accepte néanmoins depuis la guerre que ses fils restent dans l'armée.

La bourgeoisie vit dans les villes et passe les vacances à la mer ou à la campagne. Jadis, un règlement interdisait aux nobles de séjourner plus de 3 jours de suite à Porto. Maintenant, les maîtres du commerce et de l'industrie fréquentent les seigneurs et complotent même avec eux. La haute bourgeoisie qui voyage pour ses affaires, est très au courant des idées nouvelles. La bourgeoisie moyenne ne possède naturellement pas la même largeur d'esprit.

Quant au peuple, il est pauvre, fruste et résigné. Son regard sur la voiture luxueuse qui l'éclabousse est sans venin. Ne sachant pas encore tenir sa gauche lorsqu'il conduit un attelage, car le code de la route est anglais, il s'attire des automobilistes des volées d'injures qu'il reçoit sans répondre. Pour trouver à gagner du pain, les hommes s'expatrient parfois plusieurs années comme manœuvres, au Brésil ou simplement en Espagne et en France. En rentrant, il leur arrive de trouver un ou deux marmots de plus au logis. Ce n'est pas toujours un drame, car ils ont souvent la sagesse exprimée dans ce raisonnement d'un curé de la région galicienne qui consola un de ses paroissiens : « Le veau étant la propriété du patron de la vache et non du taureau, l'enfant de la femme est une richesse pour le mari et une perte pour l'amant. »

Cette mise en évidence des inégalités sociales, certaines sonorités de la langue et quelques autres menus

©BIUM

traits, rappellent la Russie d'avant 1914. Mais un tel rapprochement ne saurait inspirer d'inquiétude, car sous les différences de castes ne couve pas la haine qui se cachait là-bas. D'ailleurs, en dehors de ces trois castes, et appartenant à chacune, surtout aux deux premières, existe une élite d'hommes et de femmes admirablement cultivés, dont la fréquentation est aussi instructive que charmante et qui représente aujourd'hui ce que sera dans l'avenir un nombre de plus en plus grand de leurs concitoyens.

LES ETUDIANTS. — Ils ont un uniforme dont la sévérité accentue la flamme spirituelle de leur studieuse jeunesse. Une longue redingote sombre amincit leur corps et une cape noire dont ils ne se séparent jamais, agrafée par temps froid autour du cou flotte élimée sur leurs talons, et, par temps chaud, pend roulée sur l'épaule ou sur le bras. Tête nue sous le soleil qui miroite dans leur chevelure de jais, ils se coiffent l'hiver d'un bonnet noir et souple dont la pointe retombe sur l'oreille.

Ils sont très fiers de cette mise et encore plus de toutes les traces d'usure que la cape peut présenter. Ses bords déchiquetés prouvent en effet ses humbles offices sur les chemins des écoles, tandis que ses taches trahissent ses galants services sous les nobles pieds féminins qui la foulèrent en guise de tapis d'honneur. Par ces stigmates de vieilleries si superbement exhibés, ils étalent leur parenté avec leurs frères en haillons de la rue. Dans les cérémonies, la guitare, fidèle interprète de leur âme rêveuse, est suspendue à leur flanc, comme l'est la rapière sauvage à celui des étudiants sanguinaires de Germanie.

Groupés suivant des affinités individuelles et non par la communauté de l'inscription à une même faculté, ils vivent sous l'ancien et pittoresque régime des républiques. Formée de jeunes gens d'âges divers, orientés vers des études différentes, chacune occupe un même appartement où tous ses membres habitent et mangent ensemble sous la présidence temporaire de l'un d'eux. On juge de l'excellence de tels foyers d'idées pour ceux qu'ils réunissent.

©BIUM

LES MONUMENTS. — Là-bas, comme ailleurs, l'architecture a pris ses caractères dans les événements décisifs de l'histoire du pays : invasions du Portugal par les Romains, les Goths et les Maures, luttes avec l'Espagne, colonisation des quatre parties du monde par les Portugais à la fin du XV^e^ siècle. D'une part, les festons de créneaux géométriques, l'arc en fer-à-cheval, les arabesques, les entrelacs, les rosaces, les mosaïques se mêlent aux ornementations européennes, formant un style appelé mouresco. D'autre part, les dentelles du gothique fleuri s'amalgament à la simplicité sévère des ordres anciens et à la luxuriance des motifs de l'Inde et de l'Orient pour former le style qui, par hommage pour le Souverain glorieux sous le règne duquel il prit essort, a reçu le nom de manuélien.

Mais, trop souvent, hélas, on ne voit que des vestiges du précieux travail des aïeux et l'on déplore l'incurie qui laisse les dégradations des temps et des vents l'anéantir.

Quant aux maisons d'habitations, la rareté du mirador et du patio les distinguent de celles de l'Espagne. Leurs larges fenêtres, souvent à guillotine, évoqueraient l'Angleterre, si la limpidité exquise de la lumière ne caressait pas leurs façades plaquées d'enseignes.

En tous lieux, il est dans chaque local public ou privé un mystérieux engin qui se plante aux points le plus en évidence. De fonte, d'émail, de faïence de toutes couleurs, de métal doré ou argenté, il a la forme auguste du ciboire. De hauteurs différentes, son pied le met à portée du visage des humains de toutes tailles. Les Parisiennes intriguées le contemplent comme un bénitier à l'église, une tirelire à la banque, une coupe rafraîchissante au restaurant, un brûle-parfum au boudoir, une corbeille de fleurs au salon. Mais, quand elles en ont vu l'usage, elles ne peuvent plus le regarder, car cet obsédant solliciteur qui partout tend sa sébille, n'est que l'hygiènique réservoir destiné aux incontinences salivaires des passants !

©BIUM

LES EGLISES. — Des carreaux de faïence peinte, décorent habituellement leurs revers. L'intérieur éblouit par l'exubérante décoration. Les colonnes des autels grimpent en se tordant ; de plantureuses statues se campent ; des foules de personnages grouillent sur les rétables. Partout, de l'or, de l'azur, de la pourpre et des découpures. Le chœur, perché parfois, comme à Braga, dans une tribune qui domine l'entrée de la nef, présente à ses stalles une profusion de fines sculptures.

Ce déploiement fastueux de richesses est lamentablement privé de soins dans plus d'un sanctuaire. On ne peut sortir sans révolte d'un musée, comme la chapelle St-François, de Porto, où les crevasses, les oiseaux, les rats et les tempêtes depuis des années couvrent d'immondices les chefs-d'œuvre de plusieurs générations d'artistes. Et l'on excuserait le père portugais de Velasquez d'avoir émigré d'une pareille Béotie, si ces crimes de lèse-beauté, au lieu d'être la conséquence involontaire des bouleversements politiques, avaient la nation pour complice.

Nul banc, nul siège, mais le sol nu où l'assistance se jette à genoux, puis se laisse peu à peu glisser sur les talons en une pose plus avachie que mystique.

Qu'elle paraît engluée à la terre, la foi de ces masses accroupies aux pieds d'idoles bariolées, quand on se rappelle l'élan des rangées de fidèles des pays du nord, priant sans geste ni murmure, inclinées, debout, ou même assises, devant l'image abstraite de la divinité que tailla la main pieuse d'un sculpteur du début de l'ère gothique, dans une pierre sans grain ni couleur !

LES GARES. — Elles sont très simples et fort paisibles parce que rarement secouées par les convois. Remplaçant les affiches de nos réseaux, des panneaux de céramique reproduisent en camaïeu, les paysages et le passé des régions. Les trains, quoiqu'assez réguliers, ne vont pas vite et s'arrêtent presque tous à toutes les stations, le rapide ne fonctionnant que trois fois par semaine. La serviabilité des voyageurs à l'égard de l'étranger, est une compensation de la lenteur de la

©BIUM

marche. C'est à qui le renseignera et personne n'oserait croquer un gâteau ou sucer un bonbon, sans lui en offrir, et même sans l'avoir obligé à en prendre.

LES PRISONS. — Elles sont en pleine ville, s'épaulant fraternellement aux toits des demeures les plus honnêtes, ouvrant benoîtement leurs fenêtres sur les carrefours les plus populeux. Leurs hôtes peuvent ainsi, à travers les barreaux des grilles, contempler tout à l'aise l'animation de la cité, juger en connaisseurs les vols à la tire, échanger des sourires et des baisers avec les copains encore libres. D'ailleurs, condamnés politiques et de droit commun sont enfermés pêle-mêle et mis au même régime. Cette tolérance de la promiscuité prouve la jeunesse de ce peuple encore trop ingénu pour avoir honte de ses tares et essayer de les cacher.

LES FETES. — Les danses : chula, vira, fandango et les chants : fado, hymnes, chansonnettes avec accompagnement de guitare ou d'orchestre sont des réjouissances courantes. Elles suffisent ordinairement aux étudiants et à leurs petites amies, les tricanas qui faussent allègrement compagnie aux vulgaires pékins les futricas, pour danser et chanter avec eux.

Aux grandes solennités, c'est aux courses de taureaux que l'on a recours. Elles n'ont rien du carnage de la corrida espagnole. Ce sont des joutes d'adresse et d'élégance où le cavalier chevauchant un magnifique pur-sang provoque et fatigue l'adversaire cornu sans le tuer et en évitant scrupuleusement par des feintes et des bonds, de laisser érafler sa précieuse monture.

L'ASILE DE RILHAFOLLES. — Fondé en 1849 dans de vieilles bâtisses, ce fut longtemps le seul établissement d'aliénés du pays. Sur l'une des collines que Lisbonne escalade, il ouvre au fond d'un cul-de-sac, sa porte étroite sur un jardinet ombreux.

Derrière le bâtiment central qu'un large et noir corridor traverse, commence l'enceinte où s'éparpillent les quartiers. Elle a le pittoresque des choses dont la

©BIUM

destinée ne fut pas minutieusement prévue. Ni cour, ni jardin, ni préau, ni terrain vague, elle possède quelques-uns des attributs de chacun de ces genres. D'inoffensifs aliénés errent entre les constructions crépies de chaux et sans symétrie qui s'y élèvent. Des femmes, pas trop agitées, déambulent dans un enclos aux murs assez bas pour que les promeneurs du dehors puissent les voir, leur parler, et presque leur serrer la main. De-ci, de-là, des arbres, des plantes, des fleurs, des cages de volailles, un vaste hangar pouvant servir d'abri en cas de pluie, une façade de mosaïque bleue et jaune évocatrice de piscines orientales et menant à de prosaïques bains. Une charmante fantaisie semble avoir organisé tout cela, pour jeter un voile de rêverie sur les misères parquées dans cette closerie du bon plaisir.

Elle va disparaître et sa population sera transférée plus loin, dans des constructions toutes modernes. C'est pourtant là, que d'illustres maîtres, tels que les Bombarda et les Mattos soulagèrent tant de malheureux et identifièrent maints syndromes cliniques devenus classiques aujourd'hui. Et c'est là que leur digne successeur, Sobral Cid, continue leur œuvre, en attendant un cadre meilleur pour son enseignement.

L'ASILE DE FERREIRA. — C'est le second et dernier asile public d'aliénés. Il a été construit en 1884 dans les nouveaux faubourgs du plateau de Porto. Sous la couleur jaune de ses vastes pavillons, il garde un peu l'aspect d'une caserne, mais toutes les règles de l'hygiène y sont observées. Partout, de très hauts plafonds et de grandes fenêtres. Les commutateurs électriques placés à plus de 2 mètres de hauteur, sont hors de l'atteinte des malades, mais exigent du personnel l'usage de l'échelle. La douceur du climat dispense du chauffage. Les cours y sont donnés aux étudiants par le célèbre professeur Magalhaès Lemos, le collaborateur si légitimement réputé des revues neurologiques et psychiatriques de Paris. La bibliothèque abonnée à ces revues est composée en majeure partie d'ouvrages français.

©BIUM

Notre aimable confrère Bahia, sous-directeur de l'établissement, a bien voulu me conduire et me renseigner en l'absence du professeur Magalhaès Lemos. Le directeur de tout asile est médecin et y est logé. Il est assisté par d'autres médecins tous logés dehors, dont l'un est qualifié sous-directeur, un autre polyclinicien, les autres adjoints. Tous ces médecins assistants sont forcément des praticiens de la ville voisine, car leurs appointements sont dérisoires, environ 650 fr. par mois pour le sous-directeur et 180 fr. pour les autres. Ils viennent quotidiennement faire la visite. Chacun a un certain nombre de quartiers comme service ; le polyclinicien assure le traitement des maladies organiques intercurrentes et les opérations chirurgicales. Le directeur, outre le logement, touche environ 1.000 fr. par mois.

L'asile de Porto, comme la plupart des établissements hospitaliers du pays, appartient à une œuvre de bienfaisance privée qui remonte au Moyen Age : la Miséricorde. Construit pour 600 malades, il compte 6 médecins, y compris le directeur.

Un concours spécial est institué avec épreuves théoriques et pratiques pour l'obtention de ces postes médicaux. On ne saurait trop admirer le dévouement de nos confrères Portugais de se contenter d'une aussi infime rémunération.

Il est vrai que leur amour-propre peut trouver un dédommagement moral d'importance, dans le crédit inouï que leur accordent l'administration et la magistrature. Ils n'ont à fournir aucun certificat d'entrée, de quinzaine ou semestriel, ni à subir le contrôle d'aucune autorité, sauf celle du directeur de l'établissement. La seule garantie exigée par la société est un certificat d'internement signé de deux médecins non attachés à l'asile. La durée de la séquestration est abandonnée à la discrétion morale et scientifique de l'aliéniste.

Anomalie plus surprenante, il n'y a pas d'internes. En dehors des instants où les médecins assistants tous externés et obligés de faire de la clientèle pour gagner leur pain, passent leurs visites, il n'y a personne à

©BIUM

l'asile. Si le directeur n'est pas là, et il ne peut pas y être constamment, qui donc donne les soins urgents lorsqu'un cas de garde se présente ?

LE SANATORIUM MARITIME DU NORD. — Il est impossible d'imaginer un établissement plus parfaitement réalisé. Consacré aux enfants pour la prophylaxie de la tuberculose et le traitement de ses localisations osseuses, il a été élevé tout récemment à 15 kilomètres au sud de Porto, avec des deniers privés, d'après les plans de son directeur, le Dr Ferreira Alvès. Celui-ci, aussi bon psychologue que savant médecin et adroit opérateur, a su associer la psychothérapie la plus habile aux thérapeutiques physiques les plus complètes. Une collection soigneusement tenue à jour de photographies et de radiographies fixe étape par étape la progression merveilleuse de chaque cure.

Ses murs couverts de tuiles s'étendent au bord des vagues, comme une coque blanche pontée de rouge, dans le sable d'une plage déserte. Un large balcon entoure ses baies toujours ouvertes, tel un bastingage courant devant des hublots. Un pavillon darde sa flamme au sommet du mât de T. S. F. Cette mystérieuse caravelle, échouée d'un rivage lointain, reçoit deux fois par jour, après le repas de ses pensionnaires, la visite des essaims de colombes nichées dans les pins d'alentour. Leur avalanche tourbillonnante et froufroutante, ensevelissant garçons et fillettes immobilisés dans des plâtres, s'abat sur les lits blancs pour picorer le grain qu'on y a jeté. Puis elles repartent à tire d'aile, vers la mer mugissante, laissant derrière elles un sillage de bonheur et d'espérance.

Oiseaux de Vénus, en effet, leur venue annonce à ces petits à qui la maladie voudrait donner la mort, que la déesse de la vie les prend sous sa protection ; leur plumage trempé d'écume marine dépose sur ces visages défigurés par la souffrance, les principes et les arômes d'où naquit la beauté ; et leur roucoulement promet à ces corps privés des amusements de l'enfance, le dédommagement souverain des amours de la maturité.

©BIUM

L'ECOLE DE GRADES VERDES. — Installée dans les dépendances de la quinta de Gradès Verdès par Mme Faria de Machado, il y a 25 ans, elle est destinée à compléter l'éducation des filles du peuple des environs. Conçue avec la conscience lucide des possibilités de l'heure et du lieu et avec la prescience exacte des données de l'avenir, elle bannit de son programme toute ambition à une pédagogie théorique. Elle évite ainsi le temps perdu pour celles à qui ce supplément d'instruction serait inaccessible et le temps néfaste pour celles qu'il transformerait en déclassées.

Son but exclusivement pratique est de former des femmes capables de vivre sainement et honnêtement dans leur condition sociale, en exigeant des enfants le minimum d'effort. Le secret consiste à les mettre en possession d'un art facile, lucratif et amusant, tout en leur faisant contracter des habitudes d'hygiène physique et mentale, qu'elles propagent spontanément autour d'elles et qu'elles inculqueront à leur famille si elles se marient. Toutes les élèves sont externes, ce qui leur évite un déracinement de milieu.

L'art choisi est un métier qui peut s'exercer à la ferme ou aux champs tout en vaquant aux occupations ménagères. C'est la confection de broderies et de dentelles, selon les procédés d'autrefois tombés aujourd'hui dans l'oubli. La fondatrice enseigne elle-même avec l'aide de monitrices qu'elle a formées.

Cette œuvre dont la portée dépasse singulièrement le territoire de l'école, puisqu'elle ressuscite une industrie nationale, a été copiée ou plagiée pour le plus grand bien du pays.

UNE CANONISATION LAIQUE. — L'histoire du culte de dulie qui, en dépit des efforts combinés du clergé catholique et de la libre pensée gouvernementale, prit récemment naissance pour une vieille fille décédée 50 ans plus tôt, est un exemple pittoresque de l'état anarchique et fruste du sentiment religieux dans les masses portugaises. La vie obscure de cette domestique de couvent n'avait jamais attiré l'attention sur elle. Mais la constatation fortuite de la momification de son

©BIUM

cadavre, lors de réparations effectuées, il y a 8 ans, dans le cimetière du village où on l'avait enterrée, la fit sacrer sainte par le peuple. On lui éleva une chapelle où son corps est exposé sous une vitrine et où ses fidèles entassent comme *ex-voto* des objets leur ayant appartenu : cheveux, dents, vêtements, bijoux, argent ; ou des figures les représentant eux-mêmes : photographies, statues de cire grossières ayant leur propre corpulence et leur propre poids.

A une heure du faubourg méridional le Porto, la pauvre commune d'Arcozello qui, en retrait de l'Océan, égrène ses chaumières blanches dans des champs de maïs, est en train de devenir un lieu de pèlerinage profane. Des foules torturées d'inquiétude, accourues de très loin, et se traînant parfois sur les genoux pendant des kilomètres, y viennent implorer le secours de sainte Marie-Adélaïde, sans la permission papale.

⁂

Les impressions recueillies au cours d'une promenade émerveillée de quelques jours ne sauraient avoir la même prétention de conformité à la réalité que des jugements formulés à la fin d'un long voyage d'études. Il est bon néanmoins d'essayer de dégager d'elles les caractères qui paraissent spécifiquement portugais, c'est-à-dire qui paraissent représenter les éléments essentiels de la personnalité de l'homme de la rue, le plus soustrait aux contacts des civilisations étrangères.

Hospitalier, généreux, loyal, enthousiaste ; plus porté à la rêverie qu'à l'action, mais non paresseux ; patient quoiqu'impulsif ; résigné quoique révolutionnaire ; superstitieux, plus par ignorance que par mysticisme et ignorant par manque de moyen de s'instruire mais non par manque d'intelligence : voilà pour l'esprit. Vigoureux, résistant, souple, adroit, voilà pour le corps. Cela fait un échantillon humain possédant toutes les possibilités de développement.

D'ailleurs ce petit peuple a fourni des précurseurs et des pionniers dans tous les domaines de l'investigation scientifique ; les noms cités plus haut l'ont prouvé pour

©BIUM

la psychiatrie et l'assistance sociale, seules matières ici en question. Et sa valeur morale s'est manifestée publiquement sur les champs de bataille de la dernière guerre où son héroïsme fut d'autant plus beau que seul un idéal désintéressé était en jeu.

En tous cas, avoir séjourné parmi lui, c'est avoir appris à l'aimer ; car sa fréquentation fait connaître les délicatesses de son âme, qu'aucun vocable étranger ne saurait exactement exprimer. Le terme « saudades » est quelque chose de plus complexe que celui de nostalgie ; il désigne un état ineffable de jouissance rétrospective, de chagrin actuel et d'espoir désespéré, à l'égard d'une situation passée dont le souvenir enchante, dont la perte navre et dont le retour passionnément souhaité paraît impossible par l'immensité même de la joie qu'il amènerait. En songeant aux heures vécues en Portugal, je sens et comprends, sans pouvoir le traduire par un mot, ce que signifie « saudades ».

Paul Courbon.

©BIUM

GUÉRISON ET SÉQUELLES DU DÉLIRE AIGU

Par Henri DAMAYE et Stanislas WARSCHAWSKI

Dans une série d'autres articles accompagnés de faits cliniques, l'un de nous a établi que le délire aigu et le delirium tremens sont curables par la thérapeutique anti-infectieuse lorsque celle-ci leur est appliquée à temps, mais à condition aussi que les viscères ne soient pas encore le siège de dégénérations trop avancées. Ces deux conditions réunies et le traitement bien conduit, on a toutes chances de sauver la vie du malade par guérison du délire aigu.

Mais il existe d'autres points noirs qu'un travail antérieur nous donna l'occasion de mettre en évidence (1). Le délire aigu peut n'être qu'un épisode au cours d'une psychose subaiguë ou chronique, comme cela se voit chez des mélancoliques anxieux ou des schizophrènes mal nourris, mal alimentés. On sauve la vie du malade, mais la psychose chronique antérieure peut persister ensuite et même se trouver aggravée. D'autre part, le délire aigu peut laisser des séquelles chroniques, définitives, en déclanchant un processus latent jusqu'alors. C'est à une étude de ces faits que nous consacrons le présent article.

Pour ce qui concerne le délire aigu lui-même, la nature du microbe est à considérer. Le streptocoque est très souvent rebelle à notre thérapeutique actuelle ; les cas à staphylocoques et pneumocoques sont infiniment moins redoutables.

---

(1) DAMAYE. — La prédisposition dans le délire aigu et le delirium tremens. *Progrès Médical*, 8 octobre 1927. — Voir aussi articles antérieurs du *Progrès Médical* et de *l'Encéphale*.
Délire aigu et delirium tremens. *Progrès Médical*, 28 août 1926.

©BIUM

Mais le délire aigu guéri, la vie du malade n'étant plus en danger, une psychose chronique soit nouvelle, soit bien souvent déjà préexistante, peut assombrir de nouveau et d'une autre façon le pronostic. Nous avons ainsi observé, chez des délires aigus guéris, soit une démence précoce, soit une confusion mentale chronique passant à l'affaiblissement intellectuel, soit des idées délirantes chroniques quelconques.

En effet, répétons-le, d'ordinaire sinon toujours, ni le délire aigu ni le delirium tremens n'éclatent chez des individus mentalement normaux. Ces graves affections se déclarent habituellement chez des sujets à hérédité mentale ou névropathique. Ces sujets, répétons-le également, sont déjà eux-mêmes assez souvent, depuis plus ou moins longtemps, sous le coup d'une psychose constitutionnelle ou toxique quelconque. Le délire aigu se déclare d'ordinaire chez un sujet déjà plus ou moins psychosé, physiquement affaibli ou qui se nourrit mal. L'anatomie pathologique confirme ces observations. Elle nous révèle, bien souvent, une méningo-encéphalite déjà quelque peu ancienne et que le délire aigu ne suffit pas à expliquer. Nous nous trouvons ainsi, bien souvent, en présence de lésions aiguës et chroniques à la fois, en présence de lésions les unes récentes, les autres anciennes.

L'épaississement fibreux de la méninge, la neuronophagie avancée en de nombreux points, l'aspect des éléments migrateurs nous révèlent des lésions d'ancienne date bien antérieures à l'éclosion du délire aigu dont la réaction inflammatoire est venue s'ajouter au processus.

Il ne faut donc pas s'étonner si le délire aigu guéri laisse parfois après lui des séquelles ou plutôt des aggravations de psychoses chroniques, puisqu'il n'est parfois qu'une sorte d'épisode aigu survenant au cours d'une psychose chronique. Il ne faut pas s'étonner, puisque le délire aigu ne se déclare ordinairement que chez des sujets à prédisposition mentale intense, souvent héréditairement préparés depuis plusieurs générations.

Donc, si le délire aigu traité convenablement et à

©BIUM

temps guérit d'ordinaire, on ne peut jamais affirmer que la guérison mentale sera complète une fois la vie sauve. Tout dépend, sur ce point, de l'hérédité et de la prédisposition cérébrale.

Voici notre statistique de ces dernières années : elle porte sur 32 cas traités par électrargol intraveineux, sérums, abcès de fixation.

C***, 42 ans, forgeron. Delirium tremens. Père buveur. Lui buveur invétéré. Guérison.

G***, 44 ans, cultivateur. Delirium tremens. Père très buveur. Une tante internée. Lui dipsomane depuis la guerre. Scarlatine à 33 ans. Guérison. Après sa sortie, se remet à boire.

M***, 45 ans, cultivateur. Fièvre typhoïde pendant la guerre. Cinq crises d'alcoolisme aigu. Delirium tremens. Guérison.

Mme D***, 38 ans, ménagère. Mère aliénée. Un frère mal équilibré et dipsomane. Une sœur aliénée. Père mort tuberculeux. Elle toujours mal équilibrée. Délire aigu qui guérit. Reste un délire polymorphe à prédominance de mysticisme et d'érotisme.

Mme B***, 29 ans, ménagère. Délire aigu après un accouchement. Aurait toujours été un peu bizarre. Guérison du délire aigu, mais reste schizophrénique.

Mme M***, 32 ans. Délire aigu. Père « neurasthénique ». Un frère mort de méningite. Elle, cinq crises de négativisme depuis l'âge de 18 ans. Néphrite aiguë l'an dernier. Guérison, mais reste démente précoce.

M***, 19 ans, domestique. Délire aigu. Père éthylique et dipsomane. Mère mal équilibrée. Lui, troubles mentaux dans l'enfance ; dipsomane depuis deux ans. Guérison.

R***, 19 ans, cultivateur. Délire aigu. Père mal équilibré. Guérison du délire aigu, mais reste dément précoce.

Mme C***, 44 ans, cultivatrice. Délire aigu. Grand'mère fit une psychose délirante. Elle, grippe avant son délire aigu. Guérison.

D***, 56 ans, cultivateur. Delirium tremens. Père alcoolique comme lui. Guérison.

©BIUM

P***, 22 ans, marin. Délire aigu. 4 frères morts en bas âge. Mère malingre. Tante maternelle a fait des troubles délirants. Guérison.

C***, 15 ans, cultivateur. Délire aigu. 2 frères morts en bas âge et un avortement. Lui, débile intellectuel. Un violent coup sur la tête à l'âge de 13 ans : céphalée depuis. Pneumonie et rougeole dans l'enfance. Guérison.

Mme M***, 32 ans, cultivatrice. Délire aigu. Mère morte tuberculeuse. Guérison.

F***, 40 ans, journalier. Délire aigu. Ethylique. Pneumonie. Guérison.

Mme C***, 25 ans, cultivatrice. Délire aigu après accouchement. Mère très névropathe. Plusieurs frères et sœurs névropathes. Accès de mélancolie avant son mariage. Guérison.

Mme P***, 42 ans, cultivatrice. Délire aigu. Père buveur. Mère rhumatisante. Grand-oncle paternel interné. Cousin interné. Un oncle maternel fut aux bataillons d'Afrique. Une sœur hypocondriaque. Elle, internée, avant son mariage, pour mélancolie psychasthénique qui guérit. Meurt du délire aigu : entrée trop tard.

P***, 27 ans, marin. Délire aigu. Père eut paludisme et typhoïde. Une sœur eut une méningite. Lui, guéri d'un premier accès délirant à 22 ans. Guérison du délire aigu.

G***, 34 ans, cultivateur. Délire aigu. Père, buveur, mal équilibré. Mère psychasthénique. Un oncle débile et déséquilibré. Un frère mort de délire aigu. Mort.

G***, 24 ans, cultivateur. Délire aigu. Frère du précédent. Mort.

Mme R***, 46 ans. Délire aigu. Frère mal équilibré, dipsomane, éthylique. Sœur morte d'infection puerpérale. Lui, éthylique ; fièvre typhoïde avec délire à 36 ans. Morte du délire aigu.

Mme G***, 46 ans, lingère. Délire aigu. Mal équilibrée et névropathe, dipsomane, antérieurement. Mort.

Mme L***, 26 ans. Délire aigu. Fièvre typhoïde à 17 ans. Guérison.

G***, 41 ans, menuisier. Delirium tremens. Une sœur

©BIUM

hystérique. Sort guéri. Mais se remet à boire et un jour on le trouve mort dans sa cave (1).

Mme F***, 61 ans, journalière. Délire aigu. Mort. Entrée trop tard (3 semaines après le début) et sans renseignements.

Mme M***, 50 ans, cultivatrice. Délire aigu. Une sœur tuberculeuse et mélancolique, une autre religieuse. Elle, infection indéterminée à 15 ans. Mélancolie anxieuse à 35 ans. Entrée trop tard à l'asile. Mort.

Mlle P***, 32 ans, domestique. Délire aigu. Mère morte de démence sénile. Père paralysé. Un frère choréique. Un demi-frère et une demie-sœur morts de méningite. Elle, toujours mal équilibrée et malingre. Entrée trop tard. Mort.

Mlle B***, 24 ans, institutrice. Délire aigu. Parents très réticents : aucun renseignement. Guérison.

Mme M***, 39 ans, cultivatrice. Délire aigu. Une sœur internée a été guérie. Elle, il y a quelques années, manie confuse, suite de couches, guérison. Métrite. A fait plusieurs fausses-couches. Guérison.

M. E***, 50 ans, cultivateur. Délire aigu. Une sœur démente précoce, une autre paralysée. Guérison du délire aigu. Il persiste un délire mégalomaniaque chronique et un syndrome physique, paralysie générale, a l'air de se dessiner.

Mlle D***, 25 ans, cultivatrice. Délire aigu, suite de pneumonie. Une cousine internée a guéri. Mort.

Mlle F***, 29 ans, cultivatrice. Délire aigu. Père et mère tuberculeux. Un frère mort de méningite tuberculeuse. Plusieurs frères et sœurs tuberculeux. Mort.

Mme G***, 48 ans, cultivatrice. Délire aigu. Une fille morte de méningite. Elle, guérie, il y a quatre mois, d'un accès de mélancolie anxieuse. Mort.

Cette statistique de 32 cas se décompose de la façon suivante : guérisons mentales sans séquelles : 16 ; guérisons du délire aigu avec persistance d'une affection mentale : 5 ; morts : 11.

---

(1) Le frère de ce malade vient d'être traité récemment à l'asile et guéri d'un délire aigu très grave. On voit la parenté entre le délire aigu et le *delirium tremens*.

©BIUM

La mort est survenue chez des malades arrivés trop tard ou très infectés, très débilités, par fléchissement du myocarde avec dégénérescence. Dans un cas, nous trouvâmes une endocardite aiguë fibrineuse du ventricule droit, sans caillots agoniques.

Cette statistique n'est pas complète comme cas de guérisons avec séquelles mentales. Deux ou trois femmes dont nous n'avons pas retrouvé l'observation sont restées confuses chroniques sans schizophrénie et susceptibles de travailler malgré un léger affaiblissement intellectuel.

Notre statistique n'est qu'un aperçu. Nous n'y pouvons développer ni mentionner tous les troubles mentaux ou névropathiques minimes recueillis dans les antécédents héréditaires et personnels. Ce serait l'œuvre d'une thèse ou d'un travail de longue haleine. Pour le moment, nous croyons intéressant de donner ces chiffres proportionnels entre les guérisons intégrales, les morts et les guérisons avec séquelle mentale.

©BIUM

LA CRITIQUE DU TÉMOIGNAGE [1]

Par G. HALBERSTADT

M. Gorphe, magistrat à Poitiers, vient de faire paraître en deuxième édition, sous le titre « La Critique du témoignage », un livre absolument remarquable, tant par l'importance du sujet que par le choix et par l'abondance des documents sur lesquels il a basé son étude. Il nous a paru utile de le faire connaître à nos lecteurs.

Après une courte et très élogieuse « préface » signée du professeur Hugueney, de l'Ecole de Droit, vient une « introduction » dans laquelle l'auteur délimite le sujet de son travail, montre le rôle du témoignage dans la pratique judiciaire et indique sommairement les moyens d'étudier cette question. Celle-ci est capitale, car les procès, notamment au criminel, sont basés en grande partie sur les déclarations des témoins. Or, ces déclarations peuvent être erronées et conduire ainsi à des erreurs judiciaires. « Quand on parcourt les recueils d'erreurs judiciaires, on ne peut manquer d'être frappé par ce fait que la plupart de ces terribles méprises, heureusement de plus en plus rares, ont été dues, en tout ou en partie, à des témoignages faux ou erronés. » Les initiateurs, dans cette science du témoignage, ont été non pas tant les juristes que les historiens — en édifiant les règles de la critique historique, — et les médecins — en attirant l'attention sur le danger des témoignages d'aliénés. Binet, en France, en imaginant d'appliquer à cette étude la méthode des tests, et à l'étranger, Gross et Stern, ont les premiers fait des travaux véritablement scientifiques sur la critique du témoignage. De multiples publications ont vu le jour depuis environ vingt ans. Citons parmi les travaux d'ensemble ceux des auteurs suivants de langue fran-

(1) GORPHE. — *La critique du témoignage.* Deuxième édition. Paris, Dalloz, 1927.

©BIUM

çaise : Larguier des Bancels, Lalanne, Ley et Menzerath, Varendonck. Quant aux publications isolées de toutes sortes se rapportant à notre sujet, françaises et étrangères, signalons que l'index bibliographique du livre que nous analysons ne renferme pas moins de six cents numéros !

La première partie traite de « La technique générale de la critique testimoniale » (il est bien entendu qu'il n'est et ne sera question que du témoignage direct, le témoignage indirect ou par ouï-dire étant tellement sujet à caution que le mieux est de ne jamais le prendre en considération). « Les reproches et les exclusions de témoins » (chap. I) ont été pratiqués dès la plus haute antiquité. C'est ainsi que le code de l'Inde appelé « Livre de la loi de Manou » et la loi romaine écartaient déjà les aliénés. Mais pour ce qui est des exclusions en général, Gorphe estime que toute réglementation trop rigide est mauvaise, attendu qu'il y a souvent des témoins de très bonne foi et qui sont cependant fort dangereux parce que leur témoignage peut être plein d'erreurs involontaires. Or, souvent une erreur minime peut nuire gravement à la manifestation de la vérité. Un examen psychologique est donc nécessaire, car il ne faut pas oublier ce principe établi par Binet que le témoignage n'est, de toute façon, qu'une « reproduction lacunaire et déformée de la réalité ». L'auteur étudie ensuite (chap. II) la question des « concordances testimoniales » et des « habitudes mentales » et montre qu'il ne faut pas surestimer la valeur d'une concordance entre plusieurs témoignages relatifs à la même affaire (possibilité notamment d'une contagion psychique) et qu'il importe, d'autre part, de se méfier des « habitudes mentales » qui peuvent parfois exercer une influence fâcheuse sur l'exactitude du témoignage. Mais en quoi consiste cette dernière ? Autrement dit : comment se présentent « la vérité et les erreurs dans les témoignages » (chap. III) ? Si la vérité est une, il y a au contraire « une variété indéfinie d'expressions d'irréalités plus ou moins imaginaires ». Avec une grande pénétration, l'auteur étudie tout d'abord le mensonge et ses différentes variétés, telles que, entre

©BIUM

autres : le mensonge infantile, le mensonge passionnel, la mythomanie. Il rappelle ensuite que les historiens de profession ont établi « une triple critique des documents qui est basée sur trois modes principaux d'altération de la vérité : la critique d'interprétation, la critique de sincérité, la critique d'exactitude » (Langlois et Seignobos). Mais l'étude véritablement scientifique de la question a commencé avec Binet. Gorphe donne une classification remarquable des différentes erreurs testimoniales que nous ne pouvons reproduire dans ses détails mais qui dénote un psychologue averti et même un homme familiarisé avec la sémiologie psychiatrique ; c'est ainsi que nous trouvons appréciés à leur juste valeur des phénomènes tels que : l'illusion sensorielle, la confabulation, l'interprétation fausse (si bien étudiée au point de vue psychologique par le regretté Dromard). Dans le chapitre IV enfin, se trouvent étudiés « les moyens de diagnostic testimonial ». Le lecteur y trouvera notamment exposées les méthodes des tests psychologiques, des épreuves d'associations et même de la recherche des complexes. Gorphe voudrait voir se former ainsi une véritable « psychotechnique judiciaire » qui devrait être mise en œuvre par le juge d'instruction lui-même, seuls les témoins manifestant des troubles mentaux devant être examinés par l'aliéniste. C'est « l'expertise de crédibilité » dont, on le sait, s'est beaucoup occupé Vervaeck.

La deuxième partie de l'ouvrage examine « la valeur du témoin », de cet « instrument de preuve » qui est, comme le dit si bien Gorphe, « vivant, intelligent et autonome », ne ressemblant par conséquent à aucun autre. Que vaut cet instrument ? Jusqu'à ces derniers temps, la moralité du témoin (chap. I) était considérée comme l'élément principal d'appréciation, car ce que les juristes recherchaient avant tout, c'est la sincérité du témoignage et non pas sa fidélité. Nous savons aujourd'hui ce qu'il y a de sommaire et d'insuffisant dans cette façon de voir les choses. La capacité intellectuelle (chap. II) est autrement importante à connaître. Gorphe étudie tout d'abord, dans un long paragraphe, la valeur du témoignage des enfants. Déjà Renan disait : « la plus grande erreur de la justice est de croire aux

©BIUM

témoignages des enfants ». La psychologie moderne a établi ce principe sur des bases solides et scientifiques. Il ne faut pas oublier que l'enfant n'attache pas d'importance à la vérité pour elle-même. Par ailleurs, on peut rapprocher la pensée de l'enfant de cette forme de la pensée qu'on rencontre dans les rêveries, dans l'imagination artistique, voire chez certains peuples primitifs. Le mensonge chez les enfants est très fréquent et revêt des formes multiples. On sait aujourd'hui avec quelle méfiance il faut accueillir notamment leurs témoignages dans les affaires d'attentats aux mœurs (Brouardel). Cette règle est bien entendu vraie, surtout pour les enfants débiles mentaux et pour les pervers. L'auteur passe en revue quelques mesures de garantie proposées « contre ce danger fréquent d'erreur judiciaire » parmi lesquelles nous retiendrons surtout l'expertise mentale faite par un spécialiste. A l'autre extrémité de la vie sont les vieillards. On leur accorde parfois « une sagesse proverbiale », mais ils sont souvent sujets à un affaiblissement des facultés et notamment de la mémoire, ce qui peut rendre leur témoignage infidèle. L'auteur passe ensuite en revue différentes autres catégories de témoins. Il montre que les femmes diffèrent peu des hommes au point de vue qui nous préoccupe, sauf par une plus grande tendance à la dissimulation et au mensonge, parle des différences dues au degré de civilisation (primitifs), à la culture, à la déformation professionnelle, expose enfin qu'on peut distinguer plusieurs types intellectuels de témoins, parmi lesquels nous retiendrons : les observateurs positifs, les interprétateurs, les inventifs, les émotifs. Les dispositions affectives des témoins doivent également être prises en considération (chap. III).) L'intérêt, les passions, la sympathie ou l'antipathie, l'esprit de solidarité sont autant d'éléments d'ordre affectif qui peuvent fausser la sincérité du témoignage. Le chapitre IV de la deuxième partie traite des différentes formes de psychopathies constitutionnelles ou acquises dans leurs rapports avec la science testimoniale. L'auteur ne s'est pas contenté de puiser, à ce propos, dans l'abondante bibliographie de la question, mais il a fait aussi des recherches personnelles à l'Asile de Château-Picon.

©BIUM

Nous suivrons strictement sa classification qui nous a paru judicieuse et pratique.

A. — Les arriérés

Il insiste avec raison sur leur grande suggestibilité et distingue deux classes : les pervers et les non pervers. Voici le résumé de ce qu'il en dit : « Des premiers, il faut s'attendre aux plus gros mensonges. Les seconds, non arrêtés par des sentiments sociaux, qui font souvent voiler la vérité, peuvent fournir, sinon des témoignages bien assis, du moins des indications pleines de naïveté qui sont quelquefois précieuses. La condition toujours essentielle est qu'ils soient soustraits à toute influence étrangère. »

B. — Les aliénés

I. Aliénés absolument incapables de témoigner :

1° En raison de leur profonde déchéance psychique (déments et confus).

2° En raison de leur trouble mental momentané (maniaques et mélancoliques à l'état aigu, intoxiqués pendant les crises).

II. Aliénés dont le témoignage est troublé principalement par des hallucinations et quelques interprétations (alcooliques, délirants chroniques, etc.).

III. Aliénés dont le témoignage est généralement suspect, en raison d'une certaine déchéance psychique ou de lacunes amnésiques et de tendances à la confabulation :

1° Déments à la période initiale ou en état de rémission : démence précoce, paralysie générale, démence sénile, artériosclérose cérébrale, etc.

2° Les épileptiques.

3° Les polynévritiques.

IV. Aliénés dont le témoignage est souvent entaché de fabulation :

1° Les déséquilibrés mythomanes si bien décrits par Dupré.

2° Les délirants d'imagination étudiés par Dupré et Logre.

©BIUM

3° Les hystériques (dont la tendance à faire de fausses accusations est bien connue).

V. Aliénés dont l'excitation ou la dépression gêne et fausse le témoignage :

1° Les hypomaniaques.

2° Les mélancoliques dans les périodes de dépression moyenne (à noter l'incertitude de beaucoup de leurs réponses).

VI. Aliénés dont le témoignage est déformé par l'interprétation dans ce qui touche à leur délire. Dans ce paragraphe, Gorphe étudie spécialement les interprétateurs et les revendicateurs. Il montre que « tandis que les délires hallucinatoires faussent principalement la perception, et les délires imaginatifs la mémoire, les délires d'interprétation faussent principalement la conception ». Ces malades savent observer, mais sont incapables de comprendre et d'interpréter les faits correctement.

En matière de conclusion pour ce chapitre IV tout entier, citons cette phrase de l'auteur : « Le plus difficile n'est pas de découvrir l'existence d'une anomalie ou d'un trouble psychique, mais de diagnostiquer exactement cette anomalie ou ce trouble et de déterminer son influence sur la vérité du témoignage, surtout lorsqu'on rentre dans les aliénations partielles ou les cas limités d'aliénation, qui sont ceux qui se rencontrent le plus souvent en dehors des Asiles, dans la vie courante. » Le concours d'un psychiatre est évidemment d'une absolue nécessité dans tous ces cas.

La troisième partie de l'ouvrage s'occupe de la « valeur du témoignage selon son objet ». Il ne suffit pas en effet de savoir que le témoin est « normal, capable, sincère et impartial ». Il a pu malgré cela commettre des erreurs. Celles-ci dépendent en partie « de la propriété de l'objet à déclencher un bon témoignage ». Après avoir parlé du témoignage des sens inférieurs (chap. I) et de leur peu de sûreté, puis du témoignage auditif (chap. II) et de la fréquence des illusions de mémoire sur les mots, l'auteur s'arrête plus longuement (chap. III) sur le témoignage visuel, « le moins imparfait de tous ». Le chap. IV est consacré

©BIUM

aux « reconnaissances ». Après avoir rappelé la dramatique histoire du « Courrier de Lyon », Gorphe parle tout d'abord de la valeur des reconnaissances en général et insiste sur l'illusion du « déjà vu ». Il expose ensuite les différentes « causes d'erreurs de reconnaissances de personnes vivantes ». Ces causes peuvent être rangées dans ces deux catégories : plus ou moins grande ressemblance des personnes confondues ; — défectuosité des conditions dans lesquelles la reconnaissance a été opérée (la nuit, sous le coup de l'émotion, avec défaut d'attention, sous l'influence de la suggestion, pendant un laps de temps trop court). La question de la reconnaissance de cadavres (grande fréquence des erreurs) et celle de la reconnaissance de photographies (danger de présenter des photographies) sont également étudiées. Le chap. V traite des « évaluations » et de ce qu'elles ont surtout de subjectif. Les durées, les dimensions, les vitesses, les dates et les heures, les quantités sont successivement étudiées au point de vue spécial du témoignage. Gorphe montre que les évaluations varient d'un témoin à l'autre et que toute règle générale serait ici fallacieuse.

La quatrième partie traite « des conditions de formation du témoignage ». Dans le chap. I se trouvent exposées « les conditions de la perception ». La faculté de perception d'un témoin dépend « de la disposition dans laquelle il se trouvait au moment de la perception et de la situation de l'objet par rapport à lui ; la valeur de la perception est fonction des conditions subjectives et objectives dans lesquelles elle a été opérée ». L'auteur s'occupe successivement :

1. *Des conditions objectives.* — Ici se trouve étudiée l'influence du temps (mauvaise influence de la brièveté du temps d'observation), du lieu, de l'éclairage (erreurs commises la nuit).

2. *Des conditions subjectives.* — Gorphe étudie ici l'attention et la distraction, puis l'émotion, enfin l'intégrité cérébrale (le rôle des traumatismes craniens et de l'ivresse se trouve précisé).

Le chap. II est consacré aux « conditions de la mémoire ». Gorphe envisage ici le rôle du temps sur l'effacement et sur « la transformation subconsciente »

©BIUM

des souvenirs et celui de l'auto et de l'hétéro-suggestion. L'influence du milieu et de la presse n'est pas oubliée, et la psychologie des foules sur ce point spécial est mise en lumière. L'influence des dépositions antérieures est également étudiée et l'auteur insiste sur « le travail de schématisation » qui s'accomplit peu à peu dans l'esprit du témoin, qui a d'ailleurs pour contrepartie la « cristallisation » possible des souvenirs autour d'un noyau primitif central.

Le troisième et dernier chapitre traite des « conditions de la déposition » :

a) Etat normal et libre du témoin (influence d'une légère ivresse sur la déposition, témoignage des mourants).

b) Valeur du serment (Gorphe demande que le serment soit « facultatif et libre »).

c) Valeur de la certitude du témoin (« le bon témoin sait la graduer..... »).

d) Spontanéité des déclarations (influence de l'interrogatoire et de la forme des questions posées au témoin).

e) Influence des lieux (leur effet évocateur sur les souvenirs).

Nous avons essayé de donner un résumé aussi fidèle que possible du livre de Gorphe, le seul à notre connaissance, en France et à l'étranger, qui traite d'une manière aussi approfondie de la question du témoignage. Nous ne nous arrêterons pas aux conclusions de l'auteur. Il propose un certain nombre de réformes qui ne peuvent intéresser que les juristes. Retenons seulement son vœu qui nous paraît excellent d' « abaisser les cloisons étanches entre le droit, la psychologie et la psychiatrie ». Son travail est précisément un de ceux qui y contribueront le plus. Nous engageons vivement ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à ces problèmes de le lire en entier. Il est bourré de faits et de documents soigneusement choisis et judicieusement classés. Il s'appuie sur des recherches bibliographiques très étendues et très complètes, la littérature étrangère ayant été prise en considération tout autant que la littérature française. Le fait est trop rare aujourd'hui pour ne pas être expressément signalé.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 DÉCEMBRE 1927

Présidence de M. LEGRAIN, Président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

M. Henri Colin, *Secrétaire général.* — Le rapport de la Commission des finances sera lu à la séance de janvier.

Une délibération du Conseil municipal renouvelle à la Société l'allocation d'une subvention de 5.000 francs pour l'année 1928. Cette délibération a été prise à la suite d'un rapport de notre collègue M. le Dr Calmels auquel votre bureau vous propose d'adresser nos bien vifs remerciements. (Adopté).

Elections

Il est procédé au renouvellement du Bureau.

En remplacement de M. Leroy, vice-président, qui devient, de droit, président de la Société pour 1928, il est procédé à l'élection d'un vice-président.

Election d'un vice-président

Nombre de votants : 24

M. le Professeur Pierre Janet, 19 voix ; M. de Clérambault, 3 voix ; M. Pactet, 1 voix ; bulletin nul, 1.

M. le Professeur Pierre Janet est élu vice-président de la Société pour l'année 1928.

Réélection du secrétaire général

Nombre de votants : 22

M. le Dr Henri Colin, 20 voix. Bulletins blancs, 2.

M. le Dr Henri Colin est réélu secrétaire général.

©BIUM

Réélection des secrétaires des séances

MM. Guiraud et Bussard sont réélus secrétaires des séances à l'unanimité des membres présents.

Réélection du trésorier

M. le Dr Raymond Mallet est réélu trésorier par acclamations à l'unanimité des membres présents.

M. Pactet est élu membre de la Commission des Finances en remplacement de M. Arnaud, décédé.

SÉANCE ORDINAIRE

MM. X. Abély, Beaudouin, Codet, Demay, Vignaud, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 28 novembre.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. le Dr Vignaud qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ; une lettre de M. le Dr Noël, de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, de Montréal ; une lettre du Dr Plouffe, de l'Hôpital de Bordeaux, à Montréal (Canada), qui sollicitent le titre de membre associé étranger. Nous proposons une Commission composée de MM. Leroy, Colin, René Charpentier (adopté).

Rapports de Candidature

Rapports sur la candidature de MM. BEAUDOUIN et MINKOWSKI au titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique :

M. ROGUES DE FURSAC. — Messieurs, voilà quelque sept ans que j'ai eu l'honneur de vous entretenir pour la première fois de M. Minkowski. Il était alors candidat au titre de membre correspondant étranger de la Société médico-psychologique. En qualité de rapporteur d'une commission chargée d'examiner ses titres et ses travaux, je vous avais dit tout le bien que nos collègues et moi nous pensions de lui-même et de son œuvre,

©BIUM

importante déjà. Vous avez sanctionné le jugement de votre commission en lui concédant le titre qu'il sollicitait. Aujourd'hui, M. Minkowski est candidat à une place de membre titulaire de la Société médico-psychologique. C'est à titre de rapporteur d'une commission composée de MM. Pactet, Capgras et de moi-même, nommée par vous à l'effet d'examiner cette candidature, que je vous présente ce rapport.

Depuis 1920, M. Minkowski a continué sa carrière et développé son œuvre.

Tout d'abord, il est devenu, au point de vue national, tout à fait des nôtres. Je dis « tout à fait », car il ne lui manquait, pour pouvoir se dire Français, que la consécration officielle. Sa belle conduite à la guerre, dans les rangs de l'armée française, et l'attachement qu'il manifestait pour notre pays permettaient déjà de le considérer comme Français de cœur et la naturalisation, qui lui a été accordée en 1922, n'a fait que consacrer en quelque sorte une situation de fait.

Il n'a pas suffi à M. Minkowski d'être citoyen français, il a voulu devenir aussi médecin français. Il s'est donc adressé à notre Faculté qui a trouvé, en la circonstance, l'occasion d'affirmer la rigidité de ses principes et qui ne lui a pas fait grâce d'un examen. Courageusement, il a abordé l'obstacle. Le succès fut rapide et complet. En 1926, il passait sa thèse avec mention très bien.

Aujourd'hui il exerce à Paris. Il est assistant de consultation à l'Hôpital Henri-Rousselle et médecin de la Maison de Santé de Saint-Mandé.

L'activité scientifique de M. Minkowski s'est exercée dans des branches très diverses de la psychiatrie et de la psychologie, ainsi qu'en témoignent les titres des 44 publications qui constituent la liste de ses travaux. De tous les sujets qu'il a abordés, toujours avec bonheur, deux cependant ont surtout sollicité et retenu son intérêt : la schizophrénie et l'hérédité morbide.

Il a consacré à la schizophrénie deux ouvrages de premier ordre, d'abord sa thèse sur « La notion de perte du contact avec la réalité et ses applications en psychopathologie », ensuite le livre que connaissent la

©BIUM

plupart d'entre vous intitulé « La Schizophrénie », publié chez Payot cette année même.

M. Minkowski est un élève de Bleuler, dont il a très largement contribué à répandre les idées dans le public médical français. Tout en restant fidèle, dans l'ensemble, à la doctrine de son maître, il a réalisé une conception nouvelle de la schizophrénie, par le rôle primordial qu'il attribue, dans la genèse des manifestations schizophréniques, à la perte du contact vital avec la réalité, elle-même une conséquence de l'autisme. L'autisme devient aussi le trouble fondamental de la schizophrénie. M. Minkowski a été conduit, par l'analyse des phénomènes autistiques, à distinguer diverses variétés d'autisme : le rationalisme morbide, l'attitude interrogative, l'attitude caractérisée par la prédominance des facteurs statiques et spatiaux. La notion de la perte du contact avec le réel lui a permis également de différencier, du point de vue psychologique, les états terminaux schizophréniques de la démence vraie, telle qu'elle est réalisée par la paralysie générale ou la démence sénile. Enfin, il a été conduit à distinguer un « autisme riche » où les complexes tiennent une place importante et un « autisme pauvre », où l'activité imaginative fait défaut et qui se manifeste avant tout par des troubles spécifiques de l'activité (actes figés, actes sans lendemain, etc.). C'est, suivant M. Minkowski, cette dernière forme d'autisme qui réalise le trouble schizophrénique à l'état pur. Des phénomènes tels que la rêverie (Claude, Meyer, Borel et Robin), la bouderie morbide (Borel), les regrets morbides (Minkowski), l'attitude interrogative, le rationalisme morbide, ne sont que des mécanismes de compensation, c'est-à-dire des phénomènes secondaires ; ils constituent des « attitudes » schizophréniques particulières. De même, les complexes nous permettent de comprendre le contenu des symptômes, mais ne constituent pas la psychose.

On saisit d'emblée tout ce que cette conception très personnelle de la schizophrénie contient de nouveau et de profondément psychologique et on devine tout le parti que la psychothérapie peut en tirer, plus parti-

©BIUM

culièrement en ce qui concerne l'essai de réadaptation du schizophrène à la vie sociale.

Dans ses recherches sur l'hérédité des maladies mentales, faites en collaboration avec Mme Minkowska, M. Minkowski a utilisé la méthode généalogique. Les auteurs ont étudié la descendance complète, sur six générations, d'un épileptique et d'un aliéné. Ils ont pu montrer ainsi les résultats de l'union de deux germes pathogènes distincts, préciser les rapports étroits qui existent entre les psychoses et les constitutions correspondantes, mettre en évidence le processus de régénération qui, dans certaines conditions, combat et enraye la dégénérescence progressive. Cette dernière constatation a une haute portée sociale. Elle ne devra pas être perdue de vue, le jour — si jamais ce jour vient — où les sociétés se décideront à réglementer le droit au mariage.

J'aurais encore beaucoup à dire si je prétendais à vous donner une idée complète de l'œuvre psychiatrique et psychologique de M. Minkowski. Il faut savoir se limiter. Le mieux que je puisse faire est d'engager ceux d'entre vous qui ne la connaissent qu'imparfaitement à s'y reporter.

Ce court exposé suffira à vous convaincre que notre spécialité doit beaucoup à M. Minkowski et j'ai la conviction que vous serez d'accord avec votre commission pour considérer que la Société médico-psychologique ne pourra que se féliciter de le compter parmi ses membres titulaires, ce qui nous permet de recommander sa candidature à vos suffrages.

M. Capgras. — Au nom de la même commission, j'ai l'honneur de vous présenter un rapport sur la candidature de M. H. Beaudouin au titre de membre titulaire de la Société.

M. Beaudouin, après avoir été externe des Hôpitaux de Paris et interne de l'Hôpital de St-Germain-en-Laye (concours de 1909), termina ses études, en 1912, avant de se spécialiser en Psychiatrie. Interne bénévole des asiles de la Seine, en 1912, puis titulaire après le concours de 1913, il exerça ses fonctions à Ville-Evrard,

©BIUM

puis à Maison-Blanche, avec une longue interruption causée par la guerre. Lauréat du concours d'adjuvat de 1920, il fut affecté d'abord à l'asile de Breuty (Charente), puis à celui de Clermont-de-l'Oise. En 1926, il subissait avec succès les épreuves du concours spécial des asiles de la Seine et il est, actuellement, médecin de l'asile de Maison-Blanche.

La liste des travaux scientifiques qu'il a publiés est déjà longue et importante. Quelques-uns concernent la médecine générale, la plupart la psychiatrie : ce sont d'abord diverses communications à la Société clinique de médecine mentale, seul ou en collaboration avec M. Leroy et avec M. Capgras.

Devant votre Société, M. Beaudouin a fait plusieurs intéressantes communications : *Délire de supposition et paroxysme interprétatif, — Homicide par un débile; hérédité similaire, — Mesure de la tension artérielle au cours d'états dépressifs, — Mort subite chez un aliéné au cours d'une pneumonie ambulatoire* (avec M. Dubourdieu), — *Hypertrophie des glandes salivaires dans les affections mentales* (avec MM. G. Demay et Craffe), — *Délivrance des médicaments hypnotiques, — Hallucinations lilliputiennes et syndrome hébéphrénique* (avec M. Demay), — *A propos du mariage des aliénés internés, — Technique d'évaluation du temps chez les aliénés* (avec M. Bouchard).

Dès l'époque de ses études médicales, M. Beaudouin avait senti la nécessité de ne pas séparer les méthodes d'assistance des moyens thératiques et montrait déjà dans sa thèse : *Hôpitaux de province, leur internat en médecine,* le souci d'adapter à la Clinique l'organisation et la réglementation des établissements d'assistance. Cette orientation, jointe à l'heureuse collaboration avec notre collègue, M. Raynier, devait aboutir à des publications d'un intérêt capital. Des études fragmentaires parurent d'abord : *Aperçu historique sur le régime des aliénés, La responsabilité du médecin d'asile, Les autopsies dans les asiles.* Mais c'est en 1924 qu'ils publiaient leur ouvrage d'ensemble — au manuscrit primitif duquel l'Académie de Médecine avait deux ans plus tôt accordé le Prix Baillarger

©BIUM

— véritable bréviaire administratif du médecin d'asile: *L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique.* Nous nous abstiendrons volontairement d'analyser et de critiquer cet ouvrage, dont l'édition a été rapidement épuisée ; il est, d'emblée, devenu classique, et c'est assez dire.

Depuis sa publication, les auteurs nous ont donné dans les *Annales médico-psychologiques* un article très documenté : *A propos de la tuberculose dans les asiles d'aliénés ;* et dans la « Médecine » (1925) : *Le médecin praticien et son malade placé dans un établissement d'aliénés.* Cette collaboration sur des sujets médico-administratifs continue et nous vaudra bientôt un opuscule important sur *le régime alimentaire dans les asiles d'aliénés.*

Mais cette orientation spéciale n'a pas éloigné M. Beaudouin des travaux théoriques d'ordre proprement clinique. L'an dernier, il était lauréat du prix Lefèvre : *De la mélancolie,* pour un travail encore inédit qu'il compte développer en un essai nosographique sur les psychoses constitutionnelles.

Votre Commission est unanime à nous proposer de recevoir M. Beaudouin dans notre Société.

Elections. — A la suite de la lecture de ces rapports, MM. Beaudouin et Minkowski sont élus membres titulaires.

M. Beaudouin obtient 19 voix sur 19 votants.

M. Minkowski obtient 18 voix. 1 bulletin nul, 1 bulletin blanc (20 votants).

M. Semelaigne. — Je me permets de faire remarquer qu'il est contraire aux usages de la Société de désigner un rapporteur pour chaque candidature.

M. H. Colin, *secrétaire général.* — Une seule Commission a été désignée, mais ses membres ont préféré se partager les rapports pour l'analyse des travaux des candidats.

©BIUM

Une érotomane médicale
Considérations sur l'érotomanie féminine

par MM. Roger DUPOUY et Jean PICARD

A l'occasion de l'examen d'une érotomane qu'il nous a été donné d'observer dans le Service de Prophylaxie mentale, il nous a semblé qu'il ne serait point sans intérêt de tenter une analyse de certains caractères de l'érotomanie féminine et de rechercher les réactions dangereuses qu'elle peut provoquer, vis-à-vis non seulement de l'objet poursuivi, mais aussi de l'entourage. Il ne s'agit point, bien entendu, de reprendre les belles études de M. de Clérambault sur un sujet qu'il a su faire sien, mais de préciser quelques points de détail.

OBSERVATION : Marguerite, âgée de 30 ans, entre à l'hôpital Henri Rousselle le 15 novembre dernier. Son histoire est la suivante : De milieu simple, après une enfance normale chez ses parents (sans tare névropathique spéciale et sans antécédent notable), après un développement physique et psychique sans incident, elle éprouve sa première aventure sentimentale vers l'âge de 19 ans. Elle s'éprend alors d'un soldat américain du nom de Jack qui devint presque son fiancé ou, du moins, à qui elle avait laissé l'espoir d'un mariage. C'est elle qui a rompu, nous dit-elle. Elle l'a trompé en se mariant avec un autre et en aurait toujours conservé quelque regret. A cette époque, étant employée dans une fabrique de ganterie elle fit la connaissance de son futur mari et finit par céder à ses instances en 1920, date de son mariage. Celui-ci nous conte qu'elle s'est toujours montrée depuis lors peu affectueuse et que l'accord n'a jamais parfaitement régné dans leur ménage. Il nous est apparu d'un caractère assez ombrageux, peu expansif, sournois. Il a formellement reconnu devant nous avoir toujours été assez impulsif et s'être souvent livré à des brutalités sur sa femme, sans vouloir préciser le motif de ses emportements qu'il attribue à une incompatibilité foncière de caractère. Notre malade se plaint de son côté du caractère « impossible » de son mari, ne supportant aucune contradiction, de sa froideur excessive dans leurs rapports, de son

©BIUM

indifférence sexuelle, de sa taciturnité. Aucun enfant ne naquit dans le ménage avant cette année-ci et notre malade nous affirme sincèrement leur égale et scrupuleuse fidélité.

Etant enceinte (grossesse bien supportée, puerpéralité sans incident), un médecin, le Dr X., âgé de 53 ans, la visita au 5e mois. Il ne lui formula point dès ce jour des sentiments nous dit-elle, mais elle les comprit. C'est lui qui fit les avances : Des gestes, des sourires, des paroles à double entente lui furent démonstratives. Elle fut comme « aimantée ». Elle ne peut expliquer de quelle manière elle se sentait influencée, mais, dès le début, elle a deviné ses sentiments à son égard comme il a deviné les siens. Dès lors, il la subjugua entièrement ; il occupa toutes ses pensées. Elle suscitait des représentations mentales vives, s'imaginait entendre sa voix l'encourager à avoir bon caractère avec son mari, et ce, pour la protéger peut-être contre elle-même. Bientôt elle crut sentir qu'il la forçait à penser à lui, allant jusqu'à lui provoquer des sensations voluptueuses. Il la suggestionnait, l'hypnotisait. Surprise de cette influence excessive, inquiète d'une ressemblance avec la première personne aimée, elle fut se plaindre de ce médecin — elle se le reproche aujourd'hui — au pharmacien de son quartier. Peu avant son accouchement, elle demanda pour la première fois au Dr X. stupéfait : « Que m'avez-vous fait la dernière fois ? » A la suite de cet incident, le médecin ne revint plus chez elle. Elle dit alors à son mari qu'elle le rencontrait partout et qu'il la faisait suivre par son chauffeur. D'ailleurs, le Dr X. n'est autre que le soldat Jack. La ressemblance est trop certaine. Celui-ci a pu devenir médecin (son éducation était bonne). Les circonstances de changement de nom, de nationalité, etc., ne valent point contre les certitudes de son pressentiment. Sa fille à elle, de plus, est certainement aussi sa fille à lui car elle lui ressemble. Il n'en peut être autrement et l'apparente réalité n'est pas la réalité.

Le Dr X. nous écrit à ce sujet : « Il y a six semaines environ, elle revint chez moi, l'air sombre, et me demanda si j'étais décidé à la laisser tranquille et si j'avais fini de la poursuivre : je l'avais hypnotisée..., elle ne cessait de penser à moi : Vous êtes Jack, ajouta-t-elle ; avouez-le. Une pareille ressemblance n'est pas possible. Je m'efforçai de la persuader du contraire. Elle se jeta à mon cou en sanglotant, me demandant pardon du mal qu'elle m'avait fait en m'abandonnant, protestant de son amour pour moi. Depuis, elle est revenue me voir trois ou quatre fois, amenant sa petite fille qu'elle me demandait d'embrasser et manifestant l'intentior

©BIUM

de quitter son mari qui la battait. La dernière fois que je la vis elle me dit qu'elle avait quitté son mari, qu'elle allait travailler pour nourrir son enfant et se donner toute entière à moi, me demandant de l'argent pour ses besoins immédiats. Comme je lui disais qu'elle se devait à son enfant, au père de son enfant, elle me répondit que le père n'était pas son mari, mais moi. » Le médecin ayant refusé, alors qu'elle lui en faisait la proposition (elle nous a avoué, d'ailleurs, que le but de son amour n'est pas platonique), de la venir voir chez elle, en l'absence de son mari, elle a conclu par là qu'il lui voulait signifier qu'il n'y aurait rien entre eux tant qu'elle n'aurait pas obtenu le divorce et que son mari constituait un obstacle. Elle cherche donc à obtenir un divorce en sa faveur pour conserver l'enfant avec elle, d'autant qu'elle croit que cet enfant est du Dr X. et voudrait à cet effet obtenir de nous un certificat médical attestant la trace des coups reçus de son mari.

Ses réactions sont de plusieurs ordres : elle voudrait divorcer, mais en voit les difficultés du fait de son enfant. Elle éprouve, d'autre part, sous l'influence du Dr X. des impulsions encore peu actives à l'égard de son mari et sa fille. Elle se sentait poussée à demander à ce dernier de dérober des substances toxiques (il est aide-pharmacien) et cela, peut-être, pour s'en servir contre lui ; elle pense enfin que sans le vouloir, elle pourrait être amenée à faire du mal à son enfant. Devant son mari, en outre, elle a proféré à plusieurs reprises des menaces de suicide où elle entraînerait sa fille.

Vis-à-vis de l'objet, elle manifeste un certain dépit malgré que la conduite de celui-ci lui paraisse justiciable. Pourtant beaucoup de ses façons demeurent paradoxales à ses yeux : Il la force à obéir à son mari, lequel l'a mise à l'hôpital « par vengeance ». Elle esquisse parfois des menaces témoignant ainsi qu'elle aborde la phase de revendication : Elle prétend savoir des choses extraordinaires qui gêneraient beaucoup le docteur si elle se plaignait : c'est pour cela qu'il la rend malade.

Dans le service, Marguerite est calme et légèrement réticente. Elle est souvent déprimée, voudrait partir, parvenir à ses fins : le divorce, « pour aller peut-être retrouver ce médecin ». Il est facile de lui faire avouer que sa passion n'est pas purement platonique : toutes ses réactions et sa mimique expriment pudiquement, mais explicitement, ses désirs. Elle fait montre le plus souvent dans la conversation d'une certaine véhémence jointe à une très prompte émotivité.

©BIUM

L'examen somatique ne révèle rien de particulier : R. O. C. 80-80, R. S. 80-84.

Si nous reprenons les détails de cette observation, nous retrouvons les caractères généraux qui nous semblent conditionner l'érotomanie spécialement féminine et en constituer la base essentielle. Le terrain sur lequel elle éclôt est tout préparé : il s'agit de femmes dont les tendances affectives sont incomprises ou qui sont ou s'estiment mal loties en amour. A l'incompatibilité d'humeur qui est manifeste dans notre cas, s'ajoutent un sentiment d'incomplétude affective et un inassouvissement sexuel qui la portent à évoquer ses premières aspirations sentimentales, c'est-à-dire son amour romanesque pour Jack. Ce sentiment ainsi ranimé et artificiellement idalisé, elle le reporte sur un autre personnage ressemblant physiquement au premier, mais d'un niveau social supérieur. Il s'associe d'autre part à l'espoir d'un bonheur charnel trop ignoré. Chez d'autres malades, il s'agira de femmes dont les tendances sexuelles témoignent d'une certaine inquiétude ou d'une orientation initiale anormale (dans un cas l'un de nous a vu le délire naître chez une ancienne homosexuelle), ou bien encore de personnes arrivées à l'époque de la pré-ménopause, en quête d'assouvir les ultimes satisfactions dont elles n'ont pas été gratifiées ou qu'elles sentent obscurément devenir de plus en plus précaires.

L'érotomanie, comme l'anorexie mentale, se trouve être une psychose essentiellement et presque exclusivement féminine. Son mécanisme psychologique témoignera d'une constance remarquable. Cette psychose prend naissance à l'occasion d'un choc affectif, éminemment variable, d'ailleurs. Dans le cas d'érotomanie médicale, une visite professionnelle (maladie d'un proche, grossesse, etc.); peut jouer le rôle d'élément affectif fixateur. S'il arrive parfois que la femme, paranoïaque constitutionnelle à tendances interprétatives et sexuellement insatisfaite, déjà en puissance d'érotomanie dès avant la rencontre de son objet, cherche à justifier des influences occultes et des interprétations prémonitoires,

©BIUM

l'émotion provoquée par la vue de l'homme en qui l'on a une confiance entière, à qui l'on reconnaît ou l'on attribue une puissance supérieure à la sienne, une autorité à laquelle on accepte de se plier, est de nature à faire éclore l'élément affectif et un sentiment d'amour (la femme est portée par son sexe à aimer l'être qu'elle sent supérieur à elle, aussi bien intellectuellement que physiquement). Alors, naît le pressentiment d'un accord, d'un bonheur possibles, puis l'intuition que ceux-ci vont se réaliser. A ce moment se fait un travail de construction imaginative en vue de l'avenir rêvé, d'interprétations passionnelles nettement justificatrices du pressentiment ou de l'intuition initiale. Ces interprétations sont parfois rétrospectives et servent d'explications au passé sentimental et aux aspirations foncières du sujet. En fin de compte, ce sont des interprétations explicatives qui créent l'« attitude paradoxale » de l'amant et lui donnent en quelque sorte ses raisons d'être. Dans notre cas, le médecin lui a fait comprendre son amour ; il a fait les avances ; il l'a suivie et fait suivre par son chauffeur ; il la protège directement et peut-être aussi en hypnotisant son mari afin de l'empêcher de se rendre compte de la situation. Mais, d'autre part, il refuse de la venir voir seule chez elle ; il la rend malade pour l'empêcher de dévoiler certaines choses du passé ; pour l'éprouver, il la force à obéir à ce mari qui, lui, l'a mise à l'hôpital par vengeance. Ces interprétations permettent de considérer les cas d'érotomanie évoluée comme comportant toujours un système délirant interprétatif de persécution (l'érotomane est une persécutée-persécutrice) avec généralement idées d'influence (magnétisme, hypnotisme, suggestion), hallucinations psycho-verbales, dialogue intérieur et sensations voluptueuses rapportées à l'action directe bien que lointaine de l'objet.

Alors que l'homme ne cherche habituellement que la possession comme but essentiel de sa quête amoureuse, la femme se trouve le plus souvent, par des conditions sociales, des conceptions inhérentes à certains milieux, un besoin de sécurité durable et légale, entraînée à rechercher le mariage comme le terme de

©BIUM

ses préoccupations sentimentales et sexuelles. L'idée de mariage se trouve à peu près fatalement incorporée à ce délire érotomaniaque. De la différence de poursuite entre les sexes, il résulte une certaine dissemblance dans l'aspect du système délirant. Il faut pour la femme que les deux parties soient libres. Il lui suffira d'une hypothèse affirmative pour libérer l'objet : il n'est pas marié ; c'est un faux mariage... Il n'en est plus de même pour l'érotomane elle-même réellement mariée. La nécessité pour elle d'une libération légale deviendra d'une urgence impérieuse. Le divorce sera, par une transposition du désir du sujet à l'objet, une condition *sine qua non*. D'où une série de réactions, conséquences de cet état de fait, dans le but d'aplanir les difficultés qu'il soulève. Chez Marguerite, les conséquences envisagées sont :

1° Le divorce. Mais elle ne peut avoir les torts, car on lui enlèverait l'enfant qui, pour elle, est non de son mari mais de l'amant qui la poursuit. Elle réclame donc un certificat médical témoignant des brutalités de son mari.

2° La suppression de l'obstacle (mari ou enfant). Elle se rend compte qu'il lui est difficile d'obtenir le divorce tel qu'elle le désire, d'où :

a) peut-être des impulsions uxoricides conscientes ; en tout cas (manifestation inconsciente de son désir) influences de l'objet pour lui faire dérober des substances toxiques dont elle se servirait contre lui ;

b) des impulsions homicides sur l'enfant : peur avouée de lui faire du mal, et par suggestion due à l'objet (même transfert).

3° La renonciation par le suicide (jamais exprimée à l'amant) :

a) dans des moments de défaillance ;

b) par menaces de suicide avec l'enfant pour faire pression sur le mari et l'amener à accepter le divorce ;

c) par sentiment d'asservissement à l'égard du mari à certains moments.

Les réactions coutumières des érotomanes contre l'objet sont trop connues pour que nous y insistions :

©BIUM

Elles relèvent du dépit, de la rancune ou de la haine. Certaines de leurs revendications sont à signaler : considérant l'objet comme déjà lié à elle, comme « fiancé », la femme demande ou réclame une double aide : spirituelle, sous forme d'affection (Marguerite se jette au cou du médecin), matérielle, sous forme pécuniaire. Constatons que les demandes d'argent de Marguerite à titre d'avance en quelque sorte sur les dépenses du futur ménage lui semblent parfaitement logiques et le sont effectivement si l'on tient compte du postulat fondamental. Une autre réclamera un appartement, une troisième des soins en maison de santé et une pension à l'hôtel.

Enfin, le refus total de l'objet peut toujours précipiter une impulsion homicide ; et cette possibilité rend ces malades foncièrement dangereuses, même si, telle la nôtre, elles ne se trouvent point être constitutionnellement des paranoïaques ou des quérulantes capables de méditer et d'exécuter froidement leur crime.

Discussion

M. Dupouy. — Cette malade est intéressante, non seulement par son érotomanie et ses réactions agressives, mais aussi par la dissimulation du thème délirant. Elle n'a consenti à nous l'exposer qu'une seule fois et ses déclarations ont été entièrement confirmées par les confidences du médecin qu'elle englobe dans son délire. En ce moment elle est d'une réticence absolue. Elle va être internée. Le médecin qui la recevra ne pourra constater personnellement aucun trouble délirant. Pour la maintenir, il sera obligé de tenir compte seulement des renseignements que nous lui fournirons.

M. G. de Clérambault. — Je remarque la multiplicité des symptômes dont quelques-uns sont inattendus et contingents, tels que les impulsions et les obsessions...

M. Dupouy. — Ces impulsions et ces obsessions me paraissent au contraire la conséquence directe de l'érotomanie. Cette malade veut supprimer tous les obstacles au mariage avec le médecin qui dans l'espèce est l'objet. Elle est ainsi poussée à la suppression, soit

©BIUM

légale par le divorce, soit par un meurtre de son propre mari et de la femme du médecin.

M. G. DE CLÉRAMBAULT. — Je conviens après ces explications que les symptômes d'obsession impulsive sont, non pas contingents, mais *dérivés*. On peut se demander toutefois si une érotomane pure, uniquement passionnelle penserait à la suppression violente de son mari et de son enfant. Ce serait le maximum de la passion.

De plus, je constate chez la malade présentée, la pluralité de l'objet ou plutôt la fusion de plusieurs personnes en le même objet. Et il y a ici non seulement un état passionnel mais un substratum imaginatif et d'involution vers le mode délirant de la pensée qui fait porter le pronostic grave d'érotomanie associée. Cette malade, malgré les apparences, peut évoluer vers l'hallucination et même la démence.

J'ai observé une malade plus intelligente et plus active que celle-ci, elle a été libérée plusieurs fois, et se trouve actuellement dans un état de démence précoce typique.

L'érotomanie masculine est presque toujours à substratum. On y constate une passion peu intense avec changement d'objet ou identifications successives de l'objet ; les hallucinations sont fréquentes. Je ne connais qu'un seul exemple d'érotomanie purement passionnelle, c'est le cas de Teulat, et encore il a été perdu de vue après la guerre de 1870.

M. DUPOUY. — Je suis d'accord avec M. de Clérambault sur la fréquence du syndrome érotomanie dans la D. P. et les psychoses systématisées. Je crois que l'érotomanie pure est une psychose féminine dont l'essentiel étiologique est l'insatisfaction sexuelle au point de vue affectif, physique et même matériel.

M. G. DE CLÉRAMBAULT. — Les préoccupations sexuelles jouent un rôle plus considérable dans la pensée de la femme. L'érotomanie de la femme est une sorte de délire professionnel ; elle a de plus la notion que son sort matériel doit être assuré par l'Objet.

©BIUM

Encéphalite épidémique avec épilepsie et myoclonies

par P. GUIRAUD et A. THOMAS

P... a 18 ans. Son père était alcoolique. Un de ses frères est mort à 16 ans d'une maladie chirurgicale, un autre à 20 ans de cause indéterminée. P. a eu une enfance assez maladive. A 5 ans, il fait une broncho-pneunomie; peu après, on l'opère de hernie; enfin, presque tous les hivers, il s'enrhume ou fait une bronchite. Il est assez docile à l'école, mais peu actif, peu joueur, et surtout n'apprend presque pas. Il n'a pas de mictions involontaires, ni d'autre symptôme comitial. Vers 1920, à 11 ans, sans qu'il ait eu de grippe ou d'accès fébrile préalable, après une semaine entière d'insomnie, sa famille constate chez lui une tendance irrésistible au sommeil : il s'endort le jour, se réveille parfois, puis se rendort, même dans la rue. On le soigne cinq semaines à l'hôpital des Enfants Malades où le diagnostic d'encéphalite léthargique est porté. A sa sortie de l'hôpital, les siens, qui le gardent à la maison, remarquent sa turbulence : il est énervé à la moindre observation, il n'est plus comme autrefois ; à certains moments il se plaint que sa vue a baissé. A l'usine, ensuite, où il va un an irrégulièrement, il se chamaille avec ses camarades. C'est trois mois après sa sortie de l'hôpital qu'il a sa première crise nerveuse : sans prodromes, il perd brusquement connaissance dans la rue et se fait une plaie à la tête en tombant sur le bord d'un trottoir. Il reçoit des soins dans un café voisin. Une deuxième crise survient une semaine après, puis d'autres qui se répètent. En 1924, ayant une ulcération de la lèvre, il se rend à Saint-Louis sur les conseils d'un voisin, sans prévenir sa famille. On l'hospitalise, mais il est indocile, bientôt insupportable. Finalement, au cours « d'accès de colère nettement pathologiques », dit un de ses certificats médicaux, il frappe les malades, les infirmiers, profère des menaces de mort contre le personnel soignant et brise les vitres de la salle. Après avoir été examiné au point de vue mental à Ste-Anne, il est interné à l'asile de Vaucluse. Il y travaille régulièrement, paraît-il, et n'a pas de crise pendant une année. Il est transféré récemment à la 3e Section de l'asile de Villejuif comme

©BIUM

« malade turbulent, indiscipliné, violent, frappant continuellement ses camarades, source constante de danger pour la sécurité du service ».

Nous avons observé P. depuis 2 mois et avons pu nous rendre compte que la plupart du temps ses discussions avec le personnel se produisent de la façon suivante : Il demande quelque chose, à sortir de sa chambre, par exemple, il répète sa demande plusieurs fois, inlassablement, même quand on lui répond qu'on ne peut accéder à ses désirs. Il présente une sorte de persévération, de réitération verbale de sa demande que rien ne peut vaincre. Il veut forcer encore l'attention de l'infirmier ou du médecin en saisissant sa blouse ; il s'accroche à la porte voulant sortir quand même ; il lutte avec une violence progressive, puis il crie, appelle longtemps, disant qu'il veut sortir. Quelques heures après, son humeur est redevenue normale, il est aimable et même enjoué.

La multiplicité de ses fantaisies est remarquable ; elles rappellent les manifestations des enfants qui expriment sans cesse un désir nouveau (il veut des purées, des cachets, du sirop, des vêtements, etc.). Ces explications montrent qu'il ne s'agit pas de véritable méchanceté comme on observe chez certains antisociaux, mais plutôt d'une adhérence pathologique du désir, avec excitation progressive. Le contraste entre ces périodes et la bonne volonté habituelle rappelle les périodes cycliques d'agitation déjà décrites dans les manifestations chroniques de l'encéphalite épidémique, par le Professeur Claude et ses collaborateurs. L'adhérence des désirs est à rapprocher de certaines manifestations bradypsychiques et des répétitions observées dans l'encéphalite et aussi dans l'épilepsie.

P. est sujet à des crises convulsives très fréquentes, il en a eu 48 le mois dernier ; nous avons pu en compter jusqu'à 8 en 24 heures. Il a mal à la tête, il éprouve un malaise, il sent quelquefois venir la crise et s'allonge ; plus souvent, il tombe et perd connaissance sans pousser de cri, sans pâlir ou se cyanoser ; il présente un état de raideur et quelques mouvements convulsifs des membres qui ne durent pas une minute, il suffoque, salive un peu, ne se mord pas la langue, enfin n'a pas de relâchement sphinctérien. La crise a duré deux ou trois minutes ; elle est suivie parfois d'une période d'hébètement et de malaise général. Ces crises convulsives coexistent d'autre part avec des secousses extrêmement fréquentes, particulièrement à l'occasion de la moindre émotion et qui sont intermédiaires entre

©BIUM

les mouvements myocloniques et les mouvements choréiques. Au repos et surtout quand il essaie de se tenir immobile, par exemple au cours d'une injection intraveineuse, ses membres supérieurs, son tronc, sa tête, sont brusquement et légèrement déplacés par une secousse brève, comme électrique. Ces contractions musculaires ont fait leur apparition depuis son encéphalite.

Le niveau intellectuel de P. est celui d'un enfant de huit à neuf ans, d'après l'examen de M. Simon. Son instruction est des plus rudimentaires, il sait à peine lire et écrire, il n'a pas d'idées sur l'organisation de la vie sociale et n'arrive pas aux notions abstraites.

D. — Qu'est-ce qu'un Préfet

R. — C'est un homme de la police.

D. — Qu'est-ce qu'un Roi ?

R. — C'est le président de toutes les nations.

Mais il présente toutefois une assez grande activité intellectuelle, une certaine précision pour les choses de la vie courante, il a même alors l'aspect éveillé.

D. — Qu'est-ce que la laine ?

R. — C'est le poil du mouton.

D. — Qu'est-ce que le coton ?

R. — Ça vient des arbres, en Afrique.

D. — Qu'est-ce que la soie ?

R. — Ça vient des chenilles.

D. — Qu'est-ce qu'une galoche ?

R. — C'est une chaussure avec une semelle de bois.

D. — Qu'est-ce qu'une lime ?

R. — C'est de l'acier pour râper, il y a des traits dessus.

D. — Quelle différence y a-t-il entre le cuivre et l'argent ?

R. — Le cuivre est jaune et noircit, l'argent reste blanche, il y a aussi du cuivre rouge.

L'examen physique ne révèle pas le parkinsonnisme si fréquent dans l'encéphalite chronique. P. est dans un état d'hypertonie généralisée quand on l'examine, mais cet état rappelle plus la paratonie que Dupré a décrite chez les débiles que le parkinsonnisme.

Les réflexes tendineux sont vifs quand la raideur musculaire est inhibée. Le phénomène de la roue dentée dans la flexion de l'avant-bras n'est pas perceptible. On ne constate pas d'abolition des réflexes pendulaires pendant la marche. Les réflexes généraux d'automatisme sont bien conservés.

Les seules imperfections motrices sont la maladresse et la bradykinésie passagère au cours du travail.

©BIUM

Nous n'avons pu trouver aucune manifestation d'hyperexcitabilité de nerfs périphériques. Les signes de Trousseau, de Chosteck, de Weiss sont négatifs.

Les réflexes pupillaires et les mouvements oculaires sont normaux. Le R. O. C. est très exagéré : 76-60. Cette exploration provoque un état remarquable de pâleur qui persiste une dizaine de minutes. C'est peut-être à des troubles vasomoteurs que doit être attribuée la rougeur cyanotique persistante du nez de notre malade.

Nous n'avons pu constater de troubles de la sensibilité.

La somnolence persiste encore et alterne avec l'insomnie. Presque chaque matin, au moment de la visite, nous sommes obligés de réveiller P. qui est enfoui sous les couvertures et reste quelques secondes dans un état crépusculaire avant de nous répondre.

L'épreuve de l'hyperpnée n'a provoqué que de la raideur des extrémités, sans manifestation comitiale.

Le traitement par le gardénal (0,20 par jour) a semblé n'avoir aucune action sur les crises épileptiques. Par contre, le salicylate de soude intraveineux (20 injections intraveineuses à la dose d'un gramme tous les deux jours) semble les avoir diminuées au moins momentanément. Les myoclonies et les troubles du caractère n'ont pas été modifiés.

Cette observation nous paraît devoir attirer l'attention sur les points suivants :

1° *L'épilepsie dans l'encéphalite chronique*

Les caractères comitiaux des crises convulsives que nous avons décrites ne nous paraissent pas contestables, quoique les crises soient atténuées. Nous rappellerons qu'elles comportent pour la plupart du temps une perte de connaissance absolue avec inconscience et amnésie, qu'elles provoquent des chutes avec plaies, qu'elles s'accompagnent d'une longue période de stupeur.

Wimmer (1), qui a observé 30 cas d'épilepsie dans l'encéphalite chronique, divise son matériel d'observations en deux groupes. Dans le premier, l'épilepsie

(1) A. Wimmer. — L'épilepsie dans l'encéphalite épidémique chronique. *Revue Neurologique*, sept. 1927, p. 269.

©BIUM

coexiste avec des symptômes *pathognomoniques* d'encéphalite. Dans le second, l'épilepsie est à peu près le seul symptôme, et le diagnostic ne peut être fait qu'en s'appuyant sur des symptômes neurologiques discrets : petits troubles végétatifs, petites myoclonies, altérations du liquide céphalo-rachidien.

Notre observation entre dans le premier groupe et satisfait aux critères de diagnostic différentiel exigés par l'auteur.

a) Dans les antécédents du malade on ne relève ni convulsions, ni vertiges, ni absences, ni incontinence épisodique d'urine, ni hérédité comitiale.

b) Notre jeune malade ne présente aucune lésion viscérale capable de provoquer une épilepsie symptomatique.

c) Les symptômes pathognomoniques de l'encéphalite se retrouvent : diagnostic fait à l'hôpital, narcolepsie, mouvements myocloniques.

2° *La coexistence de l'épilepsie et des myoclonies*

L'association des deux symptômes est connue depuis longtemps et se manifeste sous diverses formes morbides. Avec Euzière et Maillet (1), on peut distinguer :

a) La myoclonie épileptique intermittente dans laquelle les secousses n'apparaissent que par accès ;

b) Le syndrome de Kojewnikoff dans lequel les myoclonies sont continues et toujours localisées dans la même région. Elles coexistent avec des crises d'épilepsie jacksonienne ;

c) Le syndrome d'Unverricht, parfois familial, qui commence par des crises épileptiques, se continue par des myoclonies et des crises et se termine par la cachexie. Euzière, ayant observé un cas de syndrome d'Unverricht, en 1910, se demandait, en 1922 (2), s'il ne s'agissait pas d'un cas isolé et précoce d'encéphalite épidémique.

(1) Euzière et Maillet. — Les myoclonies épileptiques. *Gazette des hôpitaux*, 1910.

(2) J. Euzière. — *Exposé des Travaux*, 1922.

©BIUM

Notre observation est identique à celles décrites par Bruns (1). Il s'agit d'enfants présentant, d'une part, des attaques épileptiques nettes et d'autre part des secousses en éclair de la musculature de la nuque, du tronc supérieur et des épaules. Quelquefois les secousses sont assez fortes pour faire choir le malade, sans perte de connaissance. Les enfants atteints présentent un développement intellectuel retardé.

3° *Le rapprochement possible avec la pycnolepsie*

MM. Marchand et Bauer (2) nous ont présenté l'année dernière trois cas de pycnolepsie. Ces accès très nombreux sont caractérisés par une brève perte de connaissance avec fléchissement des jambes, convulsions oculaires, légers troubles spasmodiques. Ils n'altèrent pas le développement physique et mental de l'enfant. MM. Marchand et Bauer admettent qu'il s'agit d'une forme d'épilepsie infantile. Chez notre malade, nous n'avons pas pu observer directement les crises et les infirmiers n'ont pas remarqué s'il y avait ou non des convulsions oculaires. Mais, sauf sur ce point, l'analogie est frappante : brièveté des attaques, fréquence (8 par jour), défaut de l'état de fatigue et d'obnubilation que l'on constate chez les épileptiques ordinaires sujets à des crises fréquentes. Comme dans la pycnolepsie, le gardénal est resté sans effet appréciable. Ces considérations confirment le point de vue de M. Marchand qui fait de la pycnolepsie une variété d'épilepsie.

4° *Les troubles mentaux encéphalitiques*

Les troubles du caractère et l'irritabilité dans l'encéphalite chronique sont maintenant une notion classique sur laquelle il est superflu d'insister.

---

(1) Bruns. — Sur la chorée électrique. *Berl. Klin. Wochens.*, 1902.

(2) Marchand et Bauer. — Trois cas de pycnolepsie. *Soc. clin. Méd. mentale*, 1903, page 29.

©BIUM

Considérations anatomo-cliniques sur la démence précoce

par M. L. MARCHAND

Je viens vous exposer les résultats de mes recherches concernant l'anatomie pathologique de la démence précoce. Pour ne pas compliquer la question, je n'aurai ici en vue que la forme hébéphrénique. Ces recherches ont été poursuivies pendant une période de 25 ans et c'est le résumé de ce que j'ai observé que je viens vous communiquer.

J'ai toujours suivi la méthode anatomo-clinique, me refusant à pratiquer l'examen micrographique des cerveaux des sujets dont je ne possédais pas une observation complète. J'ai cherché à confronter aussi étroitement que possible les données de la clinique et celles de l'examen histopathologique. Je dois dire que j'ai été particulièrement favorisé au début de mes recherches par les conseils d'un psychiatre éminent dont je salue ici la mémoire, je veux parler du docteur Doutrebente qui avait été lui-même élève de Morel.

Quand je fus nommé médecin adjoint de l'Asile de Blois, M. Doutrebente était directeur-médecin de cet établissement depuis 25 ans. Il avait pu suivre de nombreux cas de démence précoce hébéphrénique et il me fit profiter des intéressantes remarques cliniques concernant chaque cas. C'est ainsi que je pus me livrer à des recherches anatomo-pathologiques à propos de cas bien étudiés.

Mes premières constatations me laissèrent perplexe. Je trouvais suivant les cas des lésions tellement différentes que j'eus bientôt l'impression que la démence précoce hébéphrénique devait être un syndrome mental répondant à différents processus cérébraux pathologiques. Chez certains sujets, je ne relevais que des lésions cellulaires ; dans d'autres, aux lésions cellulaires venaient s'associer des lésions de sclérose de la

©BIUM

couche moléculaire du cortex. Dans certains cas, j'observais des lésions de méningite chronique avec altérations corticales sous-méningées, enfin parfois des lésions inflammatoires encore en activité intéressant soit les méninges, soit les vaisseaux corticaux me laissant supposer une origine infectieuse à l'affection. J'étais enfin surpris de voir que chez certains sujets les fibres tangentielles étaient très touchées, aussi altérées parfois que dans la paralysie générale et la démence sénile, tandis que chez d'autres, celles-ci étaient relativement conservées malgré la longue évolution de l'affection.

En 1905, je publiai, soit avec Doutrebente (1), soit avec Nouët (2), plusieurs cas de démence précoce dans lesquels on notait des lésions de méningite chronique, constatation qui n'avait pas encore été faite et qui fut ensuite retrouvée par plusieurs anatomo-pathologistes étrangers qui ne manquèrent pas de citer nos travaux.

Les recherches anatomo-cliniques concernant la démence précoce présentent certaines difficultés. La démence précoce est une affection qui ne touche pas l'état physique. Quand on procède à des recherches sur l'anatomie pathologique de cette affection, on ne réalise que des cas dont le début remonte à de nombreuses années et il est impossible de préciser les lésions qui ont existé au début de la maladie. Ainsi, dans toute ma carrière, je n'ai pu examiner que trois cas de démence précoce dont le début n'avait pas dépassé trois ans.

En ne tenant compte que des cas les plus nets, on peut établir une première division parmi les différents processus anatomo-pathologiques que l'on note dans les encéphales des déments précoces. Dans cer-

---

(1) G. Doutrebente et L. Marchand. — Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce à propos d'un cas. *Revue Neurol.*, 15 avril 1905.

Deux cas de démence précoce avec autopsie et examen histologique. *Soc. Méd.-Psych.*, octobre 1905.

(2) L. Marchand et H. Nouet. — Démence précoce et hémiplégie symptomatique de méningo-encéphalite typhique. *Soc. anat.*, 26 avril 1907.

Les syndromes mentaux symptomatiques de la sclérose cérébrale superficielle diffuse. *Revue Neurol.*, 30 novembre 1907.

©BIUM

taines formes, on n'observe que des lésions des cellules nerveuses et des fibres tangentielles ; dans d'autres, on remarque des lésions inflammatoires méningées et encéphaliques associées aux lésions cellulaires.

Dans le premier groupe, qui a été individualisé depuis longtemps, quelle que soit la période à laquelle on examine l'encéphale des sujets, on ne trouve que des lésions cellulaires de nature atrophique et de caractère chronique. L'atrophie porte sur les corps cellulaires et les noyaux ; par la méthode de Bielchowsky, on note une raréfaction des primitives fibrilles. Par la méthode de Weigert-Pal, on relève une diminution des fibres tangentielles, lésion toujours plus accusée au niveau des lobes frontaux que dans les autres régions du cerveau. Dans les cas anciens, on observe une légère sclérose névroglique dans la couche moléculaire, sclérose compensatrice de la disparition des fibres tangentielles. Cette sclérose se présente sous la forme d'un lacis de fibrilles névrogliques sans prolifération des cellules névrogliques astrocytaires, si abondantes normalement dans cette couche corticale. Je n'insiste pas sur ces lésions qui ont été parfaitement décrites.

Dans un deuxième groupe, on peut classer les cas dans lesquels aux lésions cellulaires s'associent des altérations diffuses inflammatoires qui se rencontrent dans des régions diverses des centres nerveux, prédominant tantôt au niveau du cortex, tantôt au niveau des noyaux gris centraux, intéressant parfois les pédoncules, le bulbe et même la moelle. C'est surtout dans les observations rentrant dans ce groupe qu'il est indispensable de retenir surtout les cas n'ayant pas eu une trop longue évolution. Avec le temps, les lésions inflammatoires s'éteignent et on ne trouve plus tard que des lésions scléreuses banales associées aux lésions cellulaires.

Dans les cas récents que j'ai pu examiner, il s'agit de méningo-encéphalite subaiguë ou d'encéphalite subaiguë, suivant que les méninges participent ou non au processus inflammatoire.

Dans la pie-mère, on note des épaississements du tissu méningé contractant souvent des adhérences avec

©BIUM

le cortex sous-jacent. Les épaississements sont constitués par une prolifération lâche du tissu conjonctif dans les mailles duquel on note des amas plus ou moins abondants de cellules rondes dites embryonnaires sur la formation desquelles il n'y a pas lieu de s'étendre ici, mais qui témoignent nettement d'un état congestif. Souvent également, on peut voir entre la pie-mère et le cortex, dans les endroits où les deux tissus sont adhérents, une rangée de cellules embryonnaires avec parfois des groupements de ces cellules en nodules toxi-infectieux. Ces petites cellules rondes sont généralement plus nombreuses autour des petits vaisseaux, qu'il s'agisse de veinules ou d'artérioles et elles sont également plus abondantes dans les sillons. J'ai noté aussi dans quelques cas une lésion que l'on remarque dans les cas d'irritation méningée ; il s'agit d'une prolifération des cellules endothéliales qui représentent le feuillet interne de l'arachnoïde, prolifération qui se présente sous la forme de petites élévations irrégulières.

Dans le cortex, il existe deux sortes de lésions dont le processus me paraît devoir être précisé. Les unes me paraissent secondaires aux lésions pie-mériennes décrites ci-dessus, les autres sont primitives comme les lésions méningées elles-mêmes.

Quand il existe des lésions méningées avec adhérences corticales, on note toujours au niveau des soudures méningo-corticales une réaction névroglique sous-jacente consistant dans les cas encore en évolution en une prolifération des astrocytes situés à la partie la plus superficielle de la couche moléculaire avec appel de petites cellules rondes. J'insiste sur cette lésion secondaire car elle intéresse une région du cortex particulièrement riche en fibres tangentielles et on connaît le rôle important que jouent ces fibres dans le fonctionnement intellectuel. Ces lésions scléreuses se retrouvent dans les cas anciens de démence précoce et il est alors difficile de les interpréter puisque souvent le processus subaigu méningé est disparu.

Les lésions primitives du cortex portent sur les éléments cellulaires et sur les vaisseaux.

©BIUM

Les lésions cellulaires sont banales et je ne crois pas que l'on puisse décrire des lésions cellulaires spéciales à la démence précoce. Dans les cas récents, il s'agit de lésions d'apparence toxi-infectieuses avec raréfaction plus ou moins accusée des granulations chromophiles, excentricité des noyaux et des nucléoles et souvent pénétration partielle du corps cellulaire par des cellules rondes plus ou moins nombreuses qui forment encoche. Il est exceptionnel de voir un processus neuronophagique aboutissant à la disparition complète de la cellule.

Les lésions vasculaires peu accusées dans les régions superficielles du cortex deviennent de plus en plus nettes à mesure qu'on se rapproche des couches cellulaires profondes. Elles consistent en la présence autour des capillaires et des petits vaisseaux de nombreuses cellules rondes qui leur forment une bordure en forme de chapelet quand ils sont coupés longitudinalement. Ces cellules rondes peuvent se réunir en groupe de plusieurs éléments donnant l'impression de petits nodules toxi-infectieux. Le tissu névroglique dans ces régions m'a toujours paru ne présenter que peu de réaction. De même, les lésions des fibres tangentielles à cette période de l'affection sont peu accusées.

Les lésions vasculaires que je viens de décrire dans les régions profondes corticales se retrouvent également dans la substance blanche sous-corticale. Cette localisation était très nette dans le cas publié récemment en collaboration avec MM. Xavier Abély et Bauer (1). C'est ainsi qu'autour des vaisseaux, on note la présence de nombreux lymphocytes et souvent on observe au milieu d'eux des masses pigmentaires quelquefois englobées dans de grosses cellules rondes (macrophages). A l'état normal, on note bien la présence de quelques granulations pigmentaires périvasculaires mais dans la démence précoce, comme d'ailleurs dans la paralysie générale et la démence sénile, elles m'ont

(1) L. MARCHAND, X. ABÉLY et BAUER. — Syndrome hébéphréno-catatonique (étude clinique et anatomo-pathologique). *Soc. clin. de Méd. Mentale*, 17 mai 1926.

©BIUM

paru plus abondantes et peut-être en rapport avec la désintégration lente des éléments nerveux.

Les lésions des noyaux gris centraux sont inconstantes. Très nettes dans certains cas, elles font totalement défaut dans d'autres. On y retrouve les mêmes lésions que celles décrites dans le cortex cérébral, c'est-à-dire des altérations cellulaires atrophiques et une diapédèse marquée autour des petits vaisseaux. Dans nombre de cas, on note dans les noyaux striés une prolifération des cellules satellites autour des éléments en voie d'atrophie. Il arrive parfois que la cellule nerveuse est à peine visible au milieu des amas de cellules rondes.

L'épithélium ventriculaire est généralement sain. Dans la couche sous-épendymaire, on peut observer un épaississement de la couche névroglique et une réaction lymphoïde autour des vaisseaux.

On peut enfin rencontrer dans cette variété de démence précoce des lésions dans le pédoncule, dans le bulbe, et même dans la moelle, mais ces lésions sont toujours beaucoup plus discrètes que dans les régions supérieures du névraxe. La lésion, peut-être la plus commune, est une légère périvascularite autour de quelques vaisseaux intrabulbaires.

Telles sont les lésions que j'ai pu observer dans certains cas de démence précoce encore à la période initiale. Les examens du névraxe de déments précoces morts après une longue évolution de l'affection sont bien moins rares. Les constatations histologiques que l'on peut y faire, si elles ont moins d'intérêt que celles faites à la période de début, viennent cependant les compléter.

Dans les cas anciens concernant la forme toxi-infectieuse de la démence précoce, il arrive que l'on ne rencontre plus, outre les lésions cellulaires, que des épaississements méningés sans caractères histologiques spéciaux, de la sclérose cérébrale superficielle et une diminution des fibres tangentielles dans les régions cérébrales antérieures. Mais c'est là une constatation plutôt rare.

Dans des cas ayant eu une évolution très longue, de 20 à 30 ans par exemple, il est commun de rencontrer

©BIUM

dans le cortex, dans les noyaux gris centraux, dans le bulbe même, des lésions de nature inflammatoire encore en évolution, soit méningées, soit périvasculaires, séquelles du processus qui marqua le début de l'affection mentale. Quant aux lésions cellulaires, elles consistent en une atrophie ne présentant aucun caractère particulier.

Ainsi en se plaçant uniquement au point de vue anatomo-pathologique, on peut décrire deux processus encéphaliques différents aboutissant tous deux au syndrome de la démence précoce : un processus purement dégénératif, un processus présentant un caractère toxi-infectieux. Il existe certainement des cas où les deux processus peuvent s'associer, mais je n'ai ici en vue que les cas bien tranchés. Quant à la fréquence relative de ces deux formes, j'estime que la forme dégénérative est la plus commune.

Peut-on différencier cliniquement ces deux formes de démence précoce ? Les conceptions que je vais vous exposer doivent être considérées comme simplement provisoires.

Les tares héréditaires peuvent se rencontrer dans les deux variétés, mais elles sont plus fréquentes dans la forme dégénérative que l'on peut appeler encore constitutionnelle. On peut noter chez les ascendants des maladies nerveuses ou mentales. Dans cette forme, il existe souvent une tare héréditaire connue surtout des médecins des maisons de santé particulières qui ont l'occasion de causer longuement avec les parents de leurs malades. On peut observer chez l'un des ascendants directs, soit chez les deux, des troubles considérables du jugement ; il s'agit de sujets parfois très brillants mais qui manquent de bon sens. Leur défaut de raisonnement n'est pas assez profond pour les faire considérer comme des aliénés mais ils sont classés comme des originaux. Leur manque de bon sens se traduit par les interprétations bizarres qu'ils donnent aux faits journaliers les plus simples, par l'originalité souvent absurde des explications qu'ils fournissent au sujet des symptômes morbides relatifs à leur enfant malade, par les conceptions soi-disant scientifiques qu'ils émettent.

©BIUM

C'est encore dans la forme constitutionnelle que l'on note souvent des tares héréditaires chez les collatéraux et il arrive parfois que des frères ou des sœurs du malade sont atteints eux-mêmes de démence précoce ou de psychose maniaque dépressive. J'ai eu dans mon service, à la Maison Nationale de Saint-Maurice, trois sœurs atteintes de démence précoce. Chez deux de ces malades dont j'ai examiné les cerveaux, il n'existait que des lésions cellulaires. A l'Asile de Blois, j'ai soigné deux frères atteints d'hébéphrénie et quand j'ai quitté l'Asile de Blois pour la Maison de Saint-Maurice j'y ai trouvé internée leur sœur.

Si maintenant on étudie les antécédents personnels des sujets depuis leur naissance jusqu'au moment où éclate l'affection mentale, on note encore dans les cas bien tranchés des particularités qui peuvent servir au diagnostic. Dans la forme constitutionnelle, on apprendra quelquefois des parents, plus souvent des amis de la famille, que le malade n'a jamais été normal. Suivant les cas, les anomalies mentales se sont manifestées par des perversions instinctives, des conflits affectifs, des bizarreries dans la conduite, des états dépressifs avec tendance à la solitude et à la rêverie, des dispositions mystiques, du désintérêt, des obsessions, des phobies, des scrupules, certains de ces sujets ont manifesté un sentiment d'infériorité, de laideur physique avant d'être internés.

Dans la forme toxi-infectieuse, on ne relève souvent rien de particulier dans les antécédents du sujet et l'affection débute brusquement par un acte imprévu tel qu'une tentative de suicide, une impulsion ou bien par une bouffée délirante accompagnée ou suivie de torpeur cérébrale ou d'un état confusionnel.

On a souvent parlé de guérison dans certains cas de démence précoce ; on a souvent observé des sujets qui ne deviennent déments précoces qu'après avoir présenté un ou plusieurs accès de confusion mentale terminés par la guérison. J'estime que c'est surtout dans la forme toxi-infectieuse qu'on note ces faits.

Il est bien difficile de trouver des caractères cliniques différentiels entre les deux formes de démence

©BIUM

précoce quand l'affection est arrivée à sa période d'état. L'indifférence émotionnelle, la perte de l'activité intellectuelle, la faiblesse de l'attention volontaire, les troubles des associations, les phases de stupeur et d'agitation, les impulsions, la catatonie, le négativisme, la suggestibilité peuvent se rencontrer dans les deux formes.

Aussi le diagnostic différentiel doit être plutôt établi d'après les antécédents psychiques du sujet, d'après le mode d'invasion de l'affection. Peut-être peut-on dire que dans la démence précoce constitutionnelle, il y a plutôt dissociation des activités mentales que destruction. L'affaiblissement des facultés est plus apparent que réel.

Peut-on rechercher dans une symptomatologie d'ordre neurologique ou humoral d'autres caractères différents entre les deux formes ?

Dans la démence précoce constitutionnelle, on ne trouve généralement aucun symptôme particulier d'ordre neurologique indiquant une localisation lésionnelle, du moins pendant les premières années évolutives de l'affection. Plus tard, sous l'influence des atrophies cellulaires qui peuvent gagner les noyaux gris centraux, les régions sous-optiques et même les cellules des cornes antérieures de la moelle, on peut noter des atrophies musculaires et des attitudes posturales spéciales. Dans cette forme le liquide céphalo-rachidien nous a paru toujours normal.

Dans la démence précoce d'origine toxi-infectieuse, on peut rencontrer, de préférence au début de l'affection, quelques signes particuliers qui sont parfois une esquisse de ceux que l'on rencontre dans l'encéphalite épidémique, par exemple de la céphalée, des spasmes, des myoclonies, du tremblement, une certaine hypertonie, une attitude figée, des crises de narcolepsie avec catalepsie, des attaques épileptiformes, des troubles vaso-moteurs. Ces signes sont généralement fugaces.

Le caractère principal des lésions étant surtout leur diffusion, on ne trouve que des symptômes indiquant la prédominance des lésions sur tel ou tel étage du névraxe plutôt que sur une région circonscrite.

©BIUM

L'examen du liquide céphalo-rachidien permet parfois de préciser le diagnostic mais cet examen doit être fait au début de l'affection, dans les premiers mois. On peut alors noter tantôt une augmentation de la pression intra-rachidienne, tantôt une légère albuminose, parfois une lymphocytose toujours très modérée. La réaction de Wassermann et celle au benjoin sont parfois positives quand l'affection est en rapport avec une atteinte syphilitique des centres nerveux. Ceci m'amène à dire quelques mots de l'étiologie de ces deux groupes de démence précoce.

Dans la forme constitutionnelle, en me basant sur les caractères des lésions portant uniquement sur les cellules cérébrales, il me semble qu'il s'agit d'une dysgénésie de ces éléments peut-être en rapport avec une tare originelle des germes des ascendants. Il s'agit d'éléments nerveux qui n'arrivent pas à un complet développement. Cette forme survient généralement avant vingt-cinq ans. Dans la plupart des cas, on ne note aucune cause déterminante importante, mais les familles en trouvent toujours une. Le moindre trauma affectif est souvent considéré comme la cause de l'affection, trauma qui n'aurait aucun effet si le cerveau était normalement développé.

Dans le groupe des démences précoces toxi-infectieuses, la pathogénie varie souvent suivant chaque cas. Si les examens anatomo-pathologiques nous laissent supposer une atteinte du névraxe par un élément toxique ou infectieux, il est impossible avec nos investigations actuelles d'aller plus loin comme précisions. Je suis persuadé qu'à côté des cas relevant d'une intoxication endogène ou exogène difficile à déterminer, il en existe d'autres dus à des virus dont nous commençons seulement à soupçonner la présence. C'est ce qui explique qu'on a pu décrire des démences précoces en rapport avec des troubles des sécrétions internes, avec la tuberculose, la syphilis, des maladies infectieuses et éruptives, la puerpéralité, etc... Les lésions de méningo-encéphalite ou simplement d'encéphalite qui conditionnent cette forme de démence précoce peuvent survenir à tous les âges de la vie, mais

©BIUM

elles ne déterminent le syndrome hébéphrénique que chez les sujets dont le développement cérébral n'a pas atteint son complet développement. Chez les individus plus âgés, elles se traduisent par des syndromes mentaux divers dont la description sort du cadre de cette communication.

Discussion

M. Guiraud. — A propos des deux variétés de Démence Précoce que décrit M. Marchand dans son intéressante communication, il faut remarquer que la première a une cause unique, l'abiotrophie ou dysgénésie cellulaire, et qu'elle s'apparente avec toutes les maladies nerveuses familiales, comme nous l'avons soutenu avec Dide. Quant à l'autre, elle constitue plutôt un syndrome hébéphréno-catatonique de cause très variée (encéphalites, virus filtrants divers, syphilis).

M. J. Séglas. — Je désirerais retenir l'attention de la Société sur la communication très importante de M. Marchand, qui me paraît offrir le plus haut intérêt. En 1908 ou 1909, j'ai présenté à la Société de Psychiatrie, avec le docteur Lhermitte, l'observation d'une malade qui aurait pu rentrer dans la 2e catégorie distinguée par M. Marchand ; car, avec des lésions toxi-infectieuses, elle avait réalisé pendant près de deux ans le tableau clinique d'un syndrome hébéphrénique. Cela m'avait paru d'autant plus intéressant que c'était l'époque des travaux de Klippel, de Mallet, sur la démence neuro-épithéliale. J'avais entrepris alors de chercher à classer de leur vivant tous les cas de démence précoce de mon service en deux catégories cliniques, supposées parallèles à ces deux ordres de lésions anatomiques. Les principes qui m'avaient guidé dans cette sélection clinique se rapprochaient beaucoup de ce que vient de dire M. Marchand. Dans un groupe figuraient les malades à antécédents héréditaires ou personnels, et réalisant le type Morel ; dans l'autre, les malades dont l'affection ne semblait pas avoir le caractère constitutionnel ; et parmi eux, de préférence, celles qui présentaient d'anciennes lésions tuberculeuses guéries : je me rappelle un cas d'abcès

©BIUM

ganglionnaire, un autre de coxalgie ; une 3e avait un rétrécissement mitral. Mais les D. P. vivent longtemps ; je n'ai pu réaliser l'autopsie que d'un seul cas de la seconde catégorie, semblable à celui qui m'avait servi de point de départ. Puis la guerre est arrivée ; les services et laboratoires désorganisés, ces recherches ne furent pas suivies. Mais la communication de M. Marchand me semble prouver qu'elles auraient pu aboutir à quelque chose. Notre collègue nous apporte aujourd'hui, dans une étude anatomo-clinique, complète et très sérieusement documentée, la preuve de ce que je n'avais fait que supposer.

Du rôle de la constitution mentale sur les avatars sociaux de l'existence : Etapes de la vie d'une psychasthénique cyclique

par MM. Paul Courbon et Omer Noel

L'histoire que nous voulons rapporter est un exemple assez typique, nous semble-t-il, du rôle qu'une constitution morbide, longtemps méconnue, peut jouer dans la production des avatars sociaux d'une existence mouvementée. Il s'agit d'une femme qui, entrée à l'asile vers la ménopause comme aliénée, avait fait à l'adolescence un séjour d'un an dans un couvent comme religieuse, et avait passé quatre années de sa maturité comme prostituée dans une maison de tolérance. « Du couvent à l'asile par le lupanar », tel pourrait être le titre de notre communication.

⁂

Henriette est la fille de paysans aisés d'Auvergne, dans l'hérédité de laquelle nous n'avons rien relevé. Après une enfance studieuse et couronnée d'un brillant succès au certificat d'études, elle resta chez ses parents, vaquant aux soins du ménage, sans savoir pendant longtemps dans quel sens orienter son avenir. Elle n'avait pas plus d'aspiration pour l'église que pour le bal, fréquentant sans enthousiasme l'une et l'autre. Le mariage ne la tentait pas plus que le céli-

©BIUM

bat. Peu vaillante pour les travaux manuels, elle n'était pas assez instruite pour ceux de l'intelligence. Pendant 4 ans, elle hésita entre les conseils de sa famille qui voulait faire d'elle une paysanne et ceux de ses anciennes maîtresses qui voulaient en faire une religieuse. Finalement, elle se décida pour le couvent, trouvant qu'il avait pour suprême avantage de délivrer ses habitantes de tout souci d'initiative et de toutes difficultés matérielles. Elle entra donc à 18 ans, malgré sa mère, chez les sœurs qui l'avaient élevée. Mais 3 mois plus tard, prise de remords, elle les quittait. Regrettant peu après son changement d'idées et n'osant pas se contredire trop ouvertement, elle se laissa conduire par une confidente plus autoritaire dans un ordre mixte éducateur et hospitalier avec l'intention ferme de se consacrer à l'enseignement. Cette existence cloitrée et sans souci lui parut très agréable. Elle suivait les exercices du culte ponctuellement et avec une foi sincère, mais sans y éprouver de satisfactions particulièrement délicieuses. Ce qui lui plaisait avant tout, c'est le calme et la régularité des heures. Cette sérénité qui durait depuis un an, fut brusquement troublée par l'ordre de la supérieure d'avoir à renoncer aux fonctions d'institutrice pour se consacrer à celles d'hospitalière. Emotions, chagrin, intervention de la famille qui reprend chez elle son enfant malade, et la garde plusieurs mois sans force, sans goût, traitée par le médecin du village pour un accès qualifié neurasthénie.

Peu à peu, elle se remit et ne regretta plus sa vie manquée de religieuse. Elle se plaça comme domestique, et sur des conseils d'amies qui lui disaient que l'on gagnait plus d'argent à Paris, partit pour la capitale. Elle y exerça le métier de femme de chambre, se distrayant sans excès avec ses camarades par des parties de campagne ou de cinéma. Elle vécut ainsi une quinzaine d'années, sans autre incident qu'un accès de neurasthénie, survenu à l'âge de 22 ans. Elle dut abandonner sa place et fut soignée à domicile par une sœur. Elle ne pouvait plus travailler ni dormir, avait même envie de se jeter par la fenêtre du 5e étage où elle habitait. Au bout de 2 mois, elle était guérie.

A l'âge de 33 ans, écoutant un amant qui n'était pas le premier, elle partait avec lui en Amérique du Sud sur l'assurance qu'il lui fit d'y gagner beaucoup d'argent, elle, comme domestique, lui, comme homme d'affaires, et d'en revenir mariés après fortune faite. Arrivés là-bas, effrayée par les difficultés pour trouver du travail en pays étranger, elle se laissait enrôler par son compagnon dans une maison de tolérance. Très réticente sur les circonstances de cette

©BIUM

claustration d'un nouveau genre, et sur les arguments qui vinrent à bout de la résistance qu'elle prétend avoir opposée tout d'abord, cette fille d'une honnête famille de paysans et bien instruite, surprend par le peu de gêne qu'elle a à avouer cette infamie. Elle en eut pourtant toujours parfaitement conscience, car, pour mieux la cacher à ses amis et connaissances avec qui elle resta toujours en correspondance, elle se fit passer pour mariée. Ses sœurs la croient veuve et la qualifient encore du nom de son mari supposé, croyant le mensonge qu'elle leur a dit de la perte des papiers de l'état-civil. Cette vie de prostituée, dont elle a honte, elle la mena 4 ans. Elle y jouissait de beaucoup d'ordre et de régularité. Elle était bien avec les patronnes, n'avait pas à lutter, gagnait pas mal d'argent sans fatigue, sortait parfois, mais très rarement avec la sous-maîtresse, lisait, jouait, buvait peu et ne dépensait guère. Elle serait peut-être encore dans ces maisons — car elle en changea pour plaire à un client — si elle n'était pas tombée une troisième fois malade de neurasthénie. Elle dut quitter l'établissement pour être soignée à la campagne dans une maison de santé. Le traitement dura pendant des mois, au bout desquels la patronne avait cessé de s'intéresser à elle. N'ayant plus beaucoup d'économies, connaissant la langue du pays, elle se plaça alors comme femme de chambre à Rio-de-Janeiro et y gagna d'assez beaux gains. Mais, à l'âge de 47 ans, un nouvel accès de dépression l'obligeait au repos. C'est alors qu'elle se décida au rapatriement. Quelques mois après son débarquement, se sentant toujours triste, abattue, ayant des envies de suicide, elle demandait elle-même à être traitée dans un asile.

Elle présente un syndrome de dépression consciente avec introspections, ruminations mentales, interrogations obsédantes, rappelant tantôt la mélancolie, tantôt la paranoïa, mais n'étant ni l'une, ni l'autre. Elle ne sent plus, ne voit plus comme auparavant. Elle a la sensation de ne pas savoir ce qu'elle fait, de ne pas vouloir ses actes, de ne pas prévoir ce qu'elle décidera, de ne plus savoir profiter des choses et des gens. Elle a l'impression qu'on n'est plus avec elle comme autrefois. Elle aime tout le monde et, quoiqu'elle reconnaisse que les infirmières sont bonnes, patientes, gentilles avec elle, elle a une impression que l'on ne l'aime pas, comme elle aime autrui. Il faut qu'elle se demande le pourquoi des choses qui ne lui paraissent pas naturelles, même quand elles le sont, parce qu'elle ne comprend plus rien. Pourquoi sa famille n'est-elle pas venue la voir ? Pourquoi serait-elle venue ? Pourquoi la situation est-elle comme

©BIUM

cela et pourquoi serait-elle le contraire ? Pourquoi les vêtements de l'asile sont-ils comme cela, des vêtements de carnaval ? Et pourquoi seraient-ils d'une autre coupe ou d'une autre couleur ? Tout ce qu'elle fait, il lui semble que ça n'avance à rien. Pourquoi ses idées sont-elles clouées à la même place, au même point ? Elle repense à tout ce qu'elle a fait, à tout son passé. Elle a raté sa vie par le commencement. Elle n'aurait pas dû aller dans les maisons de tolérance, ni non plus au couvent. Elle aurait dû créer un foyer. Elle est effrayée parce que toujours elle est sujette à suivre le mouvement qui se passe autour d'elle. Elle fait comme elle voit les autres faire. Etant au milieu d'aliénés, elle va donc faire comme eux et se rendre folle. Elle n'a plus le goût, ni la dignité de la femme, du parfum et de la toilette. Pourquoi n'a-t-elle pas de courage ? Elle en a à certains moments, pas à d'autres. Elle a la sensation que son caractère s'éteint. Elle sent que ses membres sont engourdis comme morts. Elle a des vertiges et une sensation de vide quand elle se lève et marche.

Malgré tous ces troubles, pour lesquels, si on l'écoutait, elle garderait le lit, elle mène une vie ordonnée, sensée et laborieuse à l'atelier. Mais, dès que le médecin l'interroge, elle se lance à perte de vue dans une introspection interminable.

⁂

Cette observation offre les caractères médicaux et sociaux qu'il convient d'examiner successivement.

Du point de vue médical, c'est à une psychasthénie constitutionnelle avec paroxysmes de dépression que l'on a à faire. La psychasthénie est évidente dans l'accès dépressif actuel : activité de l'introspection, obsessions interrogatives, ruminations mentales, besoin d'être aimée, sentiment d'incomplétude, sensations paresthésiques, basophobie. Elle se révèle également dès l'adolescence dans les hésitations et les contradictions de la conduite : veut et ne veut pas rester laïque, entre au couvent, en ressort au bout de 3 mois et y retourne quelques semaines après. Enfin, elle transparaît pendant tout le cours de la vie, dans le manque de décision et dans la crainte de l'action. Quant aux accès de dépression, ils semblent bien n'avoir jamais été précédés, accompagnés ou suivis d'accès d'excitation, mais avoir toujours consisté en

©BIUM

une simple aggravation de l'asthénie, avec parfois idées de suicide.

Du point de vue social, ce qui frappe dans les avatars de cette vie scabreuse, c'est le défaut chez cette femme des qualités et des vices nécessaires aux situations exceptionnelles qu'elle a occupées. Religieuse, elle n'a jamais présenté un caractère religieux quelconque : ni mysticisme, ni bigoterie, ni même dévotion. Aussi réfractaire aux artifices du culte, qu'aux élans vers l'idéal, elle ne fut pas plus charmée par les molles douceurs de la pratique que par l'âpre héroïsme du sacrifice. Soigner les malades était au-dessus de ses forces. Le voile n'avait pour elle d'autre attrait que celui de lui épargner tout effort d'initiative. Pensionnaire de maison close, elle n'a rien de la prostituée, ni les stigmates de sa déchéance, ni les fards de son reniement. Elle n'a ni indigence intellectuelle, ni ignorance, ni perversité, ni cynisme, ni alcoolisme, ni même paresse, puisqu'elle gagna courageusement sa vie avant et après son temps de claustration. Aucun masque équivoque d'hypocrisie ou de pruderie pour dissimuler la galanterie d'antan.

On est donc porté à voir dans la constitution morbide de cette femme, le facteur essentiel de ses palinodies sociales. Elle n'est pas plus entrée au couvent et au lupanar qu'elle n'en est sortie de son plein gré. Dans l'un et dans l'autre, elle fut menée par autrui : par une brave femme, son ancien professeur dans le premier, par un malhonnête homme, son amant, dans le second. Des deux, c'est un accès de maladie qui la fit sortir sans avoir rien fait elle-même pour cela. Si elle resta aussi facilement dans les deux cloîtres, c'est qu'elle y éprouvait la même satisfaction d'être dispensée de toute initiative, la même agréable quiétude d'une vie toute tracée. Cette adaptation immédiate à la claustration la rapproche des séquestrés volontaires à l'asile, que l'un de nous a étudiés dans un article sur les psychoses de la liberté (1).

Soulignons encore cette originalité de son cas. Ce

(1) COURBON. — Les psychoses de la liberté. *Annales Médico-Psychologiques*, décembre 1921.

©BIUM

n'est pas l'alliance banale du mysticisme et de l'érotisme qui a préparé ses deux haltes dans une maison de sainteté et dans une maison de volupté. Notre malade ne correspond pas au schéma classique de tant d'héroïnes de la légende sacrée ou du roman profane. Ce n'est pas une Madeleine à rebours devenant démon après avoir été ange, ni l'inverse des demoiselles de Maupassant goûtant les réalités de la Maison Tellier après la déception des rêveries de l'église.

Couvent et lupanar, ces deux enceintes dressées aux pôles extrêmes de la société n'ont pas eu pour elle le prestige que leur trouve la curiosité publique. Elle ne s'y est pas jetée en exaltée pour brûler son âme au bûcher de Dieu et sa chair au bûcher des hommes. Elle s'y est réfugiée en aboulique pour protéger son manque d'énergie contre les heurts de la vie en liberté. Ces deux réclusions n'ont été que les relais d'une marche vers l'internement.

En conclusion, nous sommes en présence d'une femme instruite et de famille honorable, qui, sans aucun des caractères de la vocation religieuse, notamment sans mysticisme, ni aucune des tares prédisposant à la prostitution ni même d'érotisme, fit à son adolescence un séjour d'un an dans un couvent et lors de sa maturité un séjour de quatre ans dans une maison de tolérance. Ici et là, elle entra du fait de son indécision, à l'instigation d'autrui ; aux deux endroits, elle resta de son plein gré, du fait de la convenance de la vie sans initiative avec son inaptitude à se diriger seule en liberté ; de l'un et de l'autre, elle sortit sans le vouloir, du fait d'une maladie impossible à traiter sur place. Internée enfin, bien plus tard à l'âge de 47 ans, sur sa demande, l'examen psychiatrique révèle chez elle les symptômes d'un accès de dépression greffé sur un fond mental de psychasthénie. Il semble légitime de considérer que ses avatars sociaux furent pour une très grande part, conditionnés, par sa constitution morbide méconnue.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des séances,
GUIRAUD, BUSSARD.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine

Séance du 8 Novembre 1927

Le cerveau d'Anatole France, par MM. GUILLAUME-LOUIS, professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Tours, et DUBREUIL-CHAMBARDEL, chef des Travaux anatomiques à l'Ecole de Médecine de Tours.

Le mardi 14 novembre 1924, nous avons, en présence de nos collègues, MM. Gaudeau, professeur à l'Ecole de Médecine, et Mignon, pratiqué l'embaumement du corps d'Anatole France, décédé le dimanche 12 novembre 1924, à « La Béchellerie » près Tours. Nous avons injecté par la carotide gauche cinq litres d'un liquide conservateur dont voici la formule :

Formol du commerce	2	litres.
Alcool dénaturé à 95°.....	8	—
Essence de lavande	1/2	—
Essence de thym	1/2	—

Nous avons été autorisés à prélever et à examiner le cerveau.

Il nous avait paru qu'il était important, au point de vue scientifique, d'étudier l'encéphale d'un maître tel qu'Anatole France. En dépit de vaines manifestations de sensiblerie, il n'y a là ni sacrilège, ni profanation.

De tels examens ont été faits pour Gœthe, Byron, Gambetta, etc..., et aucune protestation ne s'est élevée.

L'étude du cerveau d'Anatole France présentait pour la science un intérêt de premier ordre. On en jugera mieux par les considérations qui suivent.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'encéphale ayant été soigneusement dépouillé de ses enveloppes méningées pie-mérienne et arachnoïdienne a été pesé.

Nous avons obtenu les résultats suivants :

©BIUM

Hémisphère gauche	427 grammes.
— droit	427 —
Cervelet, bulbe, protubérance, pédoncule cérébraux	163 —
Poids total de l'encéphale	1.017 grammes.

Ces données ont besoin de quelques commentaires : le poids moyen de l'encéphale d'un homme adulte, d'une taille de 1 m. 65 à 1 m. 75, est le suivant :

Cerveau	1.190 grammes.
Cervelet	170 —
Poids total	1.360 grammes.

L'encéphale d'Anatole France a ainsi un poids total (1.017 grammes) nettement inférieur au poids moyen général (1.360 grammes). Et cette différence porte presque uniquement sur le cerveau même (850 grammes au lieu de 1.190 grammes), puisque le cervelet ne pèse que quelques grammes en moins (163 grammes au lieu de 170 grammes).

A quoi attribuer cette différence ?

Est-ce l'âge ? Anatole France était âgé de quatre-vingts ans et demi.

Plusieurs auteurs ont pensé que le poids de l'encéphale diminuait avec l'âge.

M. Testut indique que le cerveau d'un homme de vingt-cinq à quarante-cinq ans pèse 1.165 grammes, tandis que celui d'un homme de soixante-dix à quatre-vingt-dix ans ne pèse plus que 999 grammes.

M. Manouvrier a établi que l'encéphale d'un homme de trente à quarante ans pèse 1.374 grammes, tandis que celui d'un homme de soixante ans ne dépasse pas 1.296 grammes.

Ces données n'ont pas été acceptées par tous les auteurs, et Gratiolet, dans son mémoire déjà ancien sur le poids et la forme du cerveau (1861), écrit qu'il est impossible d'admettre que le cerveau augmente de poids jusqu'à la cinquantaine, pour commencer à partir de ce temps une diminution sénile. « En effet, ajoute-t-il, tandis que le poids moyen pour l'homme est seulement de 1.220 grammes, de soixante et un à soixante-dix ans, il s'élève de soixante et onze à quatre-vingts ans à 1.291 grammes, et, plus tard à 1.303 grammes. »

Plusieurs encéphales d'hommes célèbres âgés ont pu être

©BIUM

pesés. Celui de l'anatomiste Tiedemann, décédé à soixante-dix-neuf ans, avait un poids de 1.294 grammes et celui de l'embryologiste Dollinger, mort à soixante et onze ans, 1.207 grammes.

Des pesées que nous avons pu faire d'encéphales d'octogénaires nous ont fourni les chiffres de 1.364, 1.290 et 1.265 grammes.

Donc, même en admettant une diminution de poids sous l'influence de l'âge, l'encéphale d'Anatole France est très inférieur au poids moyen.

Le liquide qui a servi à l'embaumement du corps ne pouvait-il pas avoir amené un phénomène d'hydratation qui aurait pu déterminer une perte de poids ? Nous avons dit qu'on avait employé une solution d'alcool formolé.

Avec le même liquide, nous avons injecté à l'Ecole de Médecine de Tours un cerveau et l'avons baigné dans ce liquide.

Voici les résultats de cette expérience : homme de trente ans, décédé à la suite de dothiénentérie le jeudi 23 octobre. Poids de l'encéphale le vendredi à 10 heures : 1.450 grammes ; à 16 heures : 1.450 grammes ; le samedi à 10 heures : 1.440 grammes.

Nous avons soulevé cette objection parce que le scrupuleux anthropologiste que fut Mathias Duval avait étudié quelle pouvait être la perte de poids subie par l'encéphale d'un cadavre injecté par une solution de chlorure de zinc, ce qui avait été le cas de Gambetta.

L'encéphale de l'illustre orateur pesait, douze heures après l'embaumement, 1.160 grammes, et quelques heures après seulement 1.090 grammes. Des recherches que Mathias Duval entreprit alors par différents procédés l'amenèrent à émettre cette règle que le chlorure de zinc provoque une perte de poids qu'on peut évaluer au quatre-vingt-seizième du poids primitif. C'est en tenant compte de ces calculs qu'on évalua à 1.246 grammes le poids réel de l'encéphale de Gambetta.

Alors, ni l'âge, ni l'imprégnation de l'encéphale par le liquide d'injection n'expliquent le faible poids observé. Et cette constatation d'un cerveau de poids minimum chez un maître de la pensée remet en mémoire les célèbres discussions sur les rapports du poids de l'encéphale et de l'intelligence.

On a cru pendant longtemps qu'à une intelligence d'élite devait correspondre un encéphale de poids élevé. On est revenu de cette hypothèse depuis qu'on a pu examiner avec

©BIUM

attention l'encéphale d'un certain nombre d'hommes éminents.

Or, si chez certains on a trouvé des poids supérieurs à la moyenne, qui est de 1.360 grammes (Cuvier avec 1.829 grammes, Lord Byron avec 1.807 grammes, Schubert avec 1.420 grammes), chez d'autres, au contraire, on a noté des poids nettement inférieurs à cette moyenne.

Gratiolet, dans l'ouvrage que nous avons cité, s'élevait déjà contre la méthode stérile des pesées de l'encéphale pour évaluer la valeur de l'intelligence : « Pensez-vous, s'écriait-il, que pour apprécier la valeur réelle d'un minerai d'or ou d'argent on pût se contenter de le peser ? — Non, certainement ; l'analyse chimique interviendrait d'abord. » Et il ajoutait : « Ainsi, au-dessus du poids, nous mettons la forme, mais au-dessus de la forme nous mettons l'énergie vitale, la puissance intrinsèque du cerveau. »

Asymétrie de l'encéphale

Ce qui frappait à un examen même superficiel, c'était une asymétrie assez accusée dans les dimensions des deux moitiés de l'encéphale.

Cervelet : Diamètre transverse maximum ..... 134 mm.

Diamètre antéro-postérieur :

Hémisphère gauche ..... 168 mm.
— droit ..... 174 —

Cerveau : Diamètre transverse maximum ..... 97 mm.

Diamètre antéro-postérieur :

Côté gauche ..... 61 mm.
Côté droit ..... 67 —

Nous avons vu que ce plus petit volume de l'hémisphère gauche ne coïncidait pas avec un plus faible poids de cet hémisphère par rapport au droit. Les deux hémisphères avaient exactement le même poids.

Etude anatomique

1° *Hémisphère gauche*

Les scissures. — *Scissure de Sylvius.* — Très profonde et régulière, elle commence au niveau de l'espace perforé qui tient une large place. Dans sa portion latérale, elle a un trajet rectiligne et ne se relève pour former une légère courbe qu'à son extrémité distale. Les deux branches horizon-

©BIUM

tale et ascendante, très accusées, pénètrent profondément le lobe frontal. Plus en arrière, de nombreuses incisures, partant de la scissure sylvienne, échancrent les circonvolutions marginales.

Au fond de la scissure, le lobe de l'*insula* apparaît avec des sillons très réguliers séparant en avant un groupe de quatre circonvolutions dont la seconde et la dernière sont les plus marquées, et en arrière un groupe de deux circonvolutions plus minces et plus allongées.

Scissure de Rolando. — Elle est caractérisée par sa profondeur, qui atteint 28 millimètres, et par l'aspect brisé de son trajet formant dans son ensemble un double S aux saillies anguleuses. Elle est fermée en haut et en bas par deux minces plis de passage.

Scissure perpendiculaire externe. — Remarquable par son développement. Elle court sur toute la face externe du cerveau, séparant nettement les lobes pariétal et temporal du lobe occipital, étant interrompu par le grand sillon pariéto-occipital et ses deux circonvolutions bordantes.

Scissure perpendiculaire interne. — Profonde de 28 millimètres, sinueuse en S, s'unit à la scissure calcarine dont le trajet se termine en se recourbant en bas, échancrant ainsi le bord inférieur du cerveau.

Scissure calloso-marginale. — Ne commence qu'au niveau du genou du corps calleux et forme une belle courbe interrompue par un pli fronto-limbique dirigé d'arrière en avant et de haut en bas.

LOBE FRONTAL. — *Face externe.* — Le sillon prérolandique, aussi profond que la scissure qu'il double (24 millimètres), forme un double S interrompu à sa partie moyenne par un mince pli de passage profond qui est la racine de F2. En bas, ce sillon atteint la scissure de Sylvius.

Le sillon frontal supérieur et le sillon frontal inférieur sont nettement indiqués et très creux.

La circonvolution prérolandique, ou Fa, est joliment marquée, formant une saillie accusée entre la scissure et le sillon qui la délimitent en arrière et en avant. Dans son trajet sinueux, elle forme des coudes à angle droit qu'accentuent des encoches. Son pied est uni au lobe pariétal par un très mince pli de passage.

Face interne. — Un sillon profond, commençant non loin du bec du corps calleux et contournant le genou, double la scissure calloso-marginale et divise nettement cette face interne en deux circonvolutions, l'une antérieure plus volu-

©BIUM

mineuse, plissée par de petits sillons parallèles, l'autre plus mince et moins échancrée.

Face inférieure. — Le sillon olfactif, oblique en avant et en dedans, est franchement rectiligne et limite un gyrus olfactif assez mince. Le sillon orbitaire très irrégulier divise cette face en circonvolutions multiples dont l'externe est assez bien limitée ; la moyenne assez nettement séparée en deux masses de même volume ; l'interne large et sillonnée de rides multiples.

LOBE PARIÉTAL. — Le sillon postrolandique et le sillon interpariétal, l'un et l'autre très profonds et unis en , divisent de façon très régulière le lobe pariétal en une circonvolution postrolandique ou Pa, et en P1 et P2.

LOBE TEMPORAL. — Ce lobe est nettement séparé sur sa face externe du lobe occipital par une profonde scissure perpendiculaire externe.

Le sillon temporal supérieur est remarquable par sa grande profondeur qui atteint en certains points 32 millimètres, alors que la moyenne est de 20 à 22 millimètres. C'est une véritable scissure parallèle à la sylvienne, un peu fluctueuse, et se continuant en arrière, en formant un Z dans le lobe occipital.

La première circonvolution temporale est très bien limitée par la scissure de Sylvius et le sillon temporal supérieur. Elle est mince, délicate, sinueuse, découpée en tranches par des sillons secondaires et des incisures en arrière, elle se divise en deux branches qui vont s'unir avec les deux divisions de P2.

LE LOBE OCCIPITAL est nettement séparé sur ses faces interne et externe par les deux scissures perpendiculaires. Sa face externe, pénétrée par les sillons interpariétal (celui-ci bordé par deux circonvolutions) et temporal supérieur, est bien divisé en trois circonvolutions parallèles, sinueuses et plissées grâce à des sillons secondaires et à des incisures latérales.

Sa face inférieure est coupée par la continuation des sillons temporaux en des circonvolutions assez régulières unies les unes aux autres par des plis de passage nombreux.

Le *cunéus* est divisé par un sillon en candélabre ou en fourche, dont le pied inférieur plonge dans la scissure calcarine, en plusieurs compartiments eux-mêmes plissés finement.

Tout ce lobe occipital est remarquable par le détail compliqué de son relief.

©BIUM

2° *Hémisphère droit*

Les scissures. — *Scissure de Sylvius,* très creusée et large, est plus obliquée en haut que celle du côté gauche, et sa terminaison distale, non divisée, se relève nettement verticalement.

L'insula de Reil d'une belle régularité, présente, comme au côté opposé, deux lobes, l'un antérieur avec quatre circonvolutions dont la seconde est plus volumineuse, et l'autre postérieure, avec deux minces et longues circonvolutions.

Scissure de Rolando, onduleuse, forme un double S plus régulier et moins anguleux qu'au côté gauche. Elle déborde en haut sur la face interne de l'hémisphère, elle n'est séparée en bas de la scissure de Sylvius que par un très mince pli de passage. Sa profondeur maxima est de 31 millimètres (la moyenne étant de 24 millimètres).

Scissure perpendiculaire externe présente les mêmes particularités qu'au côté opposé.

Scissure perpendiculaire interne, très creuse, bien rectiligne, délimite avec la *scissure calcarine,* également rectiligne, un *cunéus* régulièrement triangulaire.

Scissure calloso-marginale, remarquable par sa longueur, sa profondeur, la régularité de sa double courbe en S.

Lobe frontal. — *Face externe.* — Ce lobe présente un aspect tout spécial par suite, d'une part, de l'existence d'un sillon très profond qui double le sillon prérolandique, et, d'autre part, du peu de développement de la branche sylvienne horizontale.

La circonvolution prérolandique, mince en haut, s'élargit à sa partie moyenne et s'amincit de nouveau en bas.

Entre le sillon prérolandique et le sillon parallèle, existe une seconde circonvolution très bien limitée, unie à son milieu par un pli de passage avec P*a*.

F1 est uni par une seule racine supérieure avec F*a*. Des sillons longitudinaux la dédoublent en plusieurs points de son parcours.

F2 a une seule racine supérieure qui l'unit avec la circonvolution supplémentaire que nous venons de décrire. Elle est nettement dédoublée en deux circonvolutions secondaires par des sillons irréguliers.

F3 a une morphologie particulière grâce à l'incision profonde que forme la branche sylvienne ascendante et à la brièveté de la branche sylvienne horizontale. Son pied régulier et étroit est uni à la région prérolandique par une racine profonde qui barre le fond du sillon accessoire décrit plus haut. Son cap est large et mousse avec des branches

©BIUM

épaisses, ridées aux ondulations massives. Sa tête, bien limitée en avant par un sillon qui la pénètre profondément, commence par un petit crochet, se recourbe, se continue par un pli mince horizontal qui s'allonge jusqu'à l'extrémité antérieure de l'encéphale. Entre F3 et F2, il n'existe pas de plis de passage, et les deux circonvolutions sont nettement séparées l'une de l'autre par un sillon profond qui affecte la forme d'un W.

Face interne. — Comme du côté opposé, un sillon très creux, parallèle à la scissure calloso-marginale, divise cette face en deux circonvolutions, l'une et l'autre très ondulées.

Face inférieure. — Un sillon olfactif très régulier délimite une circonvolution olfactive très étroite. On remarque de nombreux sillons secondaires et des rides qui compliquent l'aspect de cette face.

Lobe pariétal. — Le sillon postrolandique et le sillon interpariétal, l'un et l'autre bien creusés, délimitent nettement les circonvolutions de ce lobe.

P*a* mince en son milieu et se divise dans son tiers inférieur en deux branches, grâce à un sillon sylvien latéral, l'une qui rejoint F*a*, l'autre qui se continue au moyen d'une courbe en U avec P2.

P*l*, très large, est divisée par un long sillon en deux circonvolutions secondaires.

P2 est également dédoublée grâce à la prolongation en haut du sillon temporal supérieur qui la pénètre.

Lobe temporal présente les mêmes particularités que le côté opposé. Il est distinctement séparé sur sa face externe du lobe occipital par la scissure perpendiculaire externe.

Le lobe paracentral est dédoublé dans son tiers moyen par un sillon longitudinal profond. Son bord supérieur est ondulé.

Lobe occipital présente les mêmes détails qu'au côté opposé. Sa face externe, bien délimitée en avant par la scissure perpendiculaire externe, est unie au lobe pariétal par les deux plis qui bordent le sillon interpariétal.

Le cunéus est remarquable par un sillon courbe à concavité antérieure et à incisures latérales multiples qui le divisent en deux portions, l'une antéro-postérieure, l'autre inféro-postérieure sus-calcarine.

Tout ce lobe occipital est finement découpé par des sillons en des plis nombreux, déliés et ondulés.

Des deux côtés d'un cerveau, nous avons remarqué la délicatesse des éléments des circonvolutions limbiques (nerfs de Laucisi, corps goudronnés, fimbia, fascia, dentelu; fasciala

©BIUM

cirenea, bandelette de Giocomini) dont on peut suivre facilement le trajet compliqué.

A la base du cerveau, nous devons signaler les particularités suivantes :

1° Le corps calleux est peu épais, les piliers du trigone sont minces, le septum lucidum est de faible hauteur ;

2° La glande pinéale avait un développement remarquable;

3° Les ventricules latéraux du cerveau étaient de faible dimension ;

4° Le ventricule moyen était traversé par une large commissure grise ;

5° Les fibres commissurales postérieures du chiasma optique (fibres de Gudden) formaient en arrière de ce chiasma un faisceau nettement indépendant des fibres optiques, et presque isolé.

Le cervelet, dont nous avons indiqué le poids, présentait une différence assez nette dans les dimensions de ses deux parties : la moitié gauche était sensiblement plus petite que la moitié droite.

Ce qui était remarquable dans l'examen de ce viscère, c'était la multiplicité et la profondeur des scissures et sillons la divisant en lobes et lobules. Le grand sillon circonférenciel de Vicq d'Azyr atteignait 28 millimètres de profondeur. Les fascicules du cervelet étaient absolument comparables aux feuillets d'un livre.

Cette disposition est intéressante à signaler, parce qu'il est rare que la masse nerveuse soit divisée d'une façon si délicate.

Les lobules du pneumogastrique formaient de chaque côté une saillie accentuée.

Le pont de Varole, les pédoncules cérébraux et cérébelleux, le bulbe, l'émergence des nerfs n'ont rien montré de spécial à noter.

Si nous comparons les deux hémisphères du cerveau entre eux, nous trouvons dans l'un et l'autre la même surprenante division en lobes et circonvolutions par des scissures et des sillons d'une profondeur inusitée. Nous avons vu que F1, F2, P1, P2, la circonvolution frontale interne sont dédoublées. Les deux lobes frontaux présentent nettement le type à cinq circonvolutions par dédoublement des deux premières.

Cependant, les deux hémisphères ne sont pas exactement identiques et il importe de faire ressortir les particularités les plus intéressantes que nous avons remarquées.

La scissure de Sylvius est rectiligne et peu oblique à gau-

©BIUM

che ; à droite, au contraire, elle forme une courbe accentuée et est nettement oblique. La scissure de Roland, très sinueuse des deux côtés, est plus anguleuse du côté gauche. La scissure calloso-marginale est plus longue, plus profonde, plus régulière à droite. Nous avons indiqué du même côté les plis parallèles au nombre de quatre qui divisent la frontale interne au-dessous du corps calleux. Cette division est moins nette à gauche. F3 est bien plus déliée à gauche qu'à droite, le pied plus mince, le cap plus accusé. Mais à droite elle est mieux isolée de F2.

Le lobe quadrilatère droit est mieux séparé que le gauche des régions voisines. Le cunéus gauche est plus plissé. Les circonvolutions temporo-occipitales droites sont bien mieux dessinées que celles du côté gauche.

L'hippocampe droit est plus large que le gauche.

Les sillons et les scissures sont donc absolument remarquables par leur profondeur. Nous avons noté pour certains de ces sillons (le temporal supérieur, par exemple, 32 ou 34 millimètres).

On remarque peu de plis de passage superficiels ; des plis profonds sont cachés dans les sillons. Il en résulte à l'extérieur une complète indépendance des circonvolutions. Les sillons secondaires, les incisures et les rides, qui divisent ou plissent ou coudent les circonvolutions, sont très nombreux.

Toutes ces particularités (incisures profondes, sillons accentués, plissements prononcés) ont pour résultat d'augmenter notablement la surface de la substance grise, du pallium. L'élément noble de l'encéphale s'est coudé à la manière d'un véritable radiateur, empiétant sur la substance blanche, et présentant un large potentiel de rayonnement. Ce que le cerveau a perdu en poids, il l'a gagné en surface : la qualité primait la qualité.

Le cerveau d'Anatole France avait une forme admirable. Il représentait un vrai travail d'orfèvrerie dans lequel les circonvolutions déliées et longues, repliées sur elles-mêmes, pressées les unes contre les autres, montraient une complication vraiment peu habituelle.

Nettement séparés les uns des autres par des scissures d'une profondeur inusitée, les lobes cérébraux apparaissent divisés en circonvolutions par des sillons presque aussi profonds que des scissures. Scissures et sillons, sinueux et flexueux, compliqués de fissures secondaires, de nids et d'encoches, délimitaient des plis délicats minces, presque frêles indépendants des plis voisins. A ce point de vue, les

©BIUM

lobes frontaux et les lobes occipitaux étaient d'une complexité étrange.

Pièce d'orfèvrerie, avons-nous dit, ce cerveau était comparable pour la qualité à ces délicieuses petites pendules sorties sous Louis XV des ateliers de Julien Leroy, l'horloger tourangeau, et qui, élégantes et légères, sous l'ornement d'un travail de ciselure inégalable portaient un mécanisme d'une précision parfaite.

Société clinique de Médecine mentale

Séance du 19 Décembre 1927

L'hérédité névropathique dans l'asthme infantile, par Mme ROGIER. — Dans l'asthme infantile, on trouve presque constamment une hérédité névropathique ou alcoolique. Le traitement mercuriel a une heureuse influence, mais n'agit pas comme antispécifique.

Démence précoce chez une fillette de 8 ans, par Mme ROGIER. — L'enfant a commencé à présenter à l'âge de 5 ans des troubles du caractère, des périodes de stupeur avec mutisme, des tics, du maniérisme. Actuellement, on constate un arrêt du développement intellectuel et une instabilité motrice.

Les fraternisations d'aliénés à l'asile : un couple de puériles mentales inséparables, par MM. Paul COURBON et FAIL. — La formation à l'asile de couples d'aliénés inséparables n'est pas une infraction à la règle de l'impénétrabilité des consciences morbides entre elles. Si le couple est né d'une force exogène (hasard des circonstances qui rapprocha longtemps les deux sujets), il a pour condition de permanence l'habitude. C'est une simple *juxtaposition*. S'il est né d'une force endogène, c'est-à-dire de l'effort du sujet pour se rapprocher, il y a *fraternisation*.

La fraternisation est unilatérale quand l'effort vient d'un seul sujet. Les conditons de sa permanence sont : *a*) chez le sujet passif, l'indifférence ou la tolérance (dément, confus, schizoïde) ; *b*) chez le sujet actif, la fausse reconnaissance ou l'interprétation ou la perception d'une ressemblance qui lui inspire pour l'autre un sentiment familial, amical ou dévoué (affaibli intellectuel, hypomaniaque et délirant).

La fraternisation est bilatérale quand l'effort vient des deux sujets. L'indifférence avec laquelle est supportée par

©BIUM

les deux sujets leur séparation, prouve le peu de rôle que joue l'attrait de leur personnalité respective dans leur rapprochement. Quoique fraternisant, chaque aliéné reste étranger à l'autre. Les auteurs rapportent l'histoire d'un couple formé par une imbécile et une démente atteintes de puérilisme mental.

Une affaire de séquestration, par J. LAUTIER. — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 77 ans, atteinte d'un délire basé sur des hallucinations psycho-motrices verbales. Une voix venant de son ventre lui donnait des ordres absurdes et dangereux, auxquels elle ne pouvait résister. Elle demanda à ses enfants, chez lesquels elle vivait, de l'attacher dans leur étable pour qu'elle ne pût nuire. Ceux-ci, dénoncés, furent arrêtés pour séquestration et se trouvent encore en prison préventive. L'aliénée est guérie de son délire. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est la rareté de cette réaction : une aliénée demandant à être séquestrée et attachée à domicile, pour ne pas commettre d'actes dangereux.

Syndrome paralytique et épilepsie par sclérose cérébrale et méningo-encéphalite chronique, par MM. PACTET et L. MARCHAND. — Sujet épileptique depuis l'âge de 16 ans, qui présenta à 26 ans un syndrome paralytique tel qu'on le crut atteint de paralysie générale. Réactions humorales négatives. L'état mental et les signes neurologiques persistèrent dans la suite sans changements. Mort à l'âge de 56 ans d'urémie. On constate des lésions anciennes de méningo-encéphalite dont il est impossible de préciser la nature, et des foyers microscopiques de sclérose uniquement situés dans le cortex cérébral et cérébelleux.

Paralysie générale sénile confirmée par l'examen histologique, par MM. A. MARIE, P. CHATAGNON et J. PICARD. — Il s'agit d'un cas de paralysie générale tabétiforme chez un vieillard de 75 ans. Le chancre avait été contracté à l'âge de 20 ans. Sur un fond démentiel d'apparence sénile se détachait un tableau clinique à base d'euphorie, d'érotisme, d'idées délirantes de grandeur et de richesse permettant le diagnostic de P. G. d'ailleurs confirmé par l'examen neurologique et le syndrome humoral fortement positif en tous ses éléments. Après une évolution mortelle en cinq mois, l'examen anatomo-pathologique montra les lésions classiques de la paralysie générale et, par opposition, l'absence complète d'athéromasie cérébrale et des lésions habituelles de la démence sénile.

L. MARCHAND.

©BIUM

Société de Psychiatrie

Séance du 22 décembre 1927

Réaction pupillaire à l'adrénaline. — MM. TINEL, LAMACHE et DUBAR ont noté que chez les sujets normaux l'instillation d'adrénaline ne provoquait aucune réaction pupillaire, sauf si l'on vient à modifier expérimentalement leur équilibre végétatif. Dans l'hypertonie sympathique provoquée par injection d'adrénaline, l'instillation adrénalinique provoque une mydriase accentuée. Le myosis se produit au contraire après injection d'ésérine ou d'insuline. Mais à côté de ces réactions normales on note des réactions paradoxales où il existe une discordance entre les réactions de la pupille et les autres réactions végétatives. Il est vraisemblable alors qu'il faut tenir compte de l'excitabilité et du tonus propres des appareils nerveux locaux périphériques.

Hallucinose chez une femme de 84 ans atteinte de cataracte double. — MM. NATHAN et J. TROISIER montrant une femme de 84 ans, atteinte de cataracte double, qui, en l'absence de tout trouble et de toute diminution psychiques a présenté à plusieurs reprises, sans cause provocatrice apparente des phénomènes d'hallucinose. Eliminant les syndromes hémisphériques et pédonculaires, les auteurs rapprochant ce cas d'une observation de Flournoy relative également à une octogénaire atteinte de cataracte double ; mais l'intégrité intellectuelle du sujet présenté rend encore très aléatoire l'étiologie purement psychogénétique du syndrome d'hallucinose.

Exaltation de la vie intérieure chez une femme. atteinte d'encéphalite épidémique fruste. — M. NATHAN apporte quelques fragments du journal intime d'une jeune femme atteinte depuis quinze ans d'encéphalite fruste. Murée en quelque sorte en elle-même par sa bradylalie et sa bradypsychie, incapable de s'occuper en raison de la viscosité et de la lenteur de ses mouvements, elle exaltait ses tendances mystiques en une vie purement extatique. Le traitement à la datura, en la guérissant de ses troubles encéphalitiques, lui permit de reprendre une vie à peu près normale.

Psychose hallucinatoire chronique et électrocution. — MM. SCHIFF, PICARD et POUFFARY rapportent l'observation d'un malade ayant subi en 1920 une électrocution par courant alternatif de 200 volts pendant un quart d'heure et

©BIUM

qui présenta six mois après un syndrome hallucinatoire de longue durée pour lequel il fut interné. Reprise des troubles mentaux de même ordre en juillet dernier. Le malade est un éthylique et les auteurs pensent que la ressemblance avec le délire alcoolique serait due au fait que la décharge électrique a sidéré plus particulièrement les zones cellulaires déjà touchées par l'alcool.

Présentation de nouveaux cas de P. G. traités par la malariathérapie. — MM. CLAUDE, TARGOWLA, LAMACHE présentent trois paralytiques générales soumises à la malariathérapie. L'une présente une amélioration considérable aux points de vue psychique et somatique ; la seconde a été très améliorée en ce qui concerne l'état général, mais reste démente ; la troisième n'a encore tiré aucun bénéfice apparent de cette thérapeutique. Un caractère commun réunit des trois cas : l'atténuation des réactions humorales. Le B.-W. est devenu partiel dans le premier cas, négatif dans les deux autres. La seconde malade, la plus anciennement traitée (2 ans) n'a plus trace de troubles humoraux, malgré la persistance de l'état démentiel. Ces constatations ont le plus grand intérêt, car elles montrent l'action du traitement sur le processus inflammatoire cérébro-méningé en évolution. Quelle que soit l'action exerçée sur les troubles mentaux, elles autorisent un pronostic *quoad vitam* favorable puisque la malariathérapie entrave la progression de l'encéphalite paralytique.

Confusion mentale aiguë. Symptômes encéphaliques frustes, Action du traitement anti-infectieux. — MM. TARGOWLA et PICARD présentent une malade atteinte de confusion mentale avec agitation motrice en rapport avec un état toxi-infectieux à détermination encéphalique de cause indéterminée. Sous l'influence du salicylate de soude en injection intra-veineuses, associé à l'hexaméthylène-tétramine, tous les symptômes ont rapidement et régulièrement régressé (y compris même un trouble de la convergence) et la malade sort guérie après un mois de traitement.

Syphilis cérébrale et troubles mentaux chez plusieurs membres de la même famille. — Mlle SERIN et M. J. PICARD rapportent l'histoire d'une famille dont trois membres furent traités presque simultanément pour troubles mentaux. On aurait pu conclure d'un premier examen à un cas de œuronsyphilis à la fois conjugale et héréditaire, alors qu'en réalité les conjoints avaient chacun contracté la

©BIUM

syphilis avant leur mariage et que la fille née d'une précédente union, avant toute contamination a épousé un syphilitique. A côté des syphilis conjugales neurotropes, il faut donc faire la part des coïncidences. Par opposition, les auteurs signalent une famille où l'on trouvait une P. G. à la première génération, un tabes hérédo-spécifique à la seconde, des arriérations mentales et une démence précoce à la troisième.

Hémiacrocéphalie. Syndactylie. — Présentation de pièces par MM. A. MARIE et HEROY.

A. CEILLIER.

Société belge de médecine mentale

Séance du 26 novembre 1927

Présidence du Dr CUYLITS (Tournai)

Prof. A. LEY (Bruxelles). **Sur la schizophrénie.** — L'auteur émet une série de réflexions au sujet de la schizophrénie. Il relève notamment l'importance de l'observation prolongée qui seule permet d'asseoir nettement un diagnostic. Il se déclare partisan convaincu des grandes synthèses kræpeliniennes basées du reste sur une analyse clinique très poussée. Il ne peut admettre à cet égard, la scission faite par le prof. Claude entre la schizophrénie dans laquelle entreraient seulement les cas à allure psychique et la démence précoce qui s'appliquerait uniquement aux formes à prédominance organique et déficitaire. Ce qui unit tous ces malades, ce sont surtout les troubles de l'affectivité. Enfin, sur le plan psychologique, il s'élève contre deux tendances prédominantes à l'heure actuelle : celle de comparer les psychopathes aux enfants et aux primitifs et celle de vouloir classer les caractères normaux en fonction des grands cadres de la nosologie psychiatrique.

Dr VERMEYLEN (Bruxelles) trouve que ces critiques sont peut-être trop absolues et dépassent sans doute la pensée même de leurs auteurs. Lorsqu'on compare les psychopathes aux enfants et aux primitifs, il ne vient à la pensée de personne de croire à une identité de fait, mais à une similitude de mécanismes jouant dans des ensembles très différents. D'autre part, la classification psychopathologique des caractères a certainement rénové une étude qui dormait depuis de nombreuses années.

©BIUM

Dr Alexander (Bruxelles), souligne la différence qu'il y a entre l'œuvre purement clinique de Kræpelin étudiant les faits du dehors et la conception psychologique de Bleuler s'efforçant de pénétrer les mécanismes psychopathiques.

⁂

Prof. A. Ley (Bruxelles). **Traumatisme cranien et épilepsie.** — Cas d'un jeune homme de 25 ans ayant tué sa fiancée de quatre coups de revolver et ayant fait ensuite une tentative de suicide. Le premier rapport d'expert concluait à la responsabilité entière de l'inculpé. Les contre-experts ont pourtant pu prouver que le sujet présentait des crises d'épilepsie traumatiques survenues à la suite d'une plaie du crâne produite par une serpe tombée d'un arbre. La pression du L. C.-R. était élevée, il existait un certain degré de stase pupillaire, la radiographie stéréoscopique démontrait l'existence d'une fracture du crâne. Les contre-experts conclurent à l'irresponsabilité. L'inculpé fut pourtant condamné à quinze ans de détention. Par la suite, une trépanation révéla la présence d'un gros cal osseux adhérent aux méninges. A la suite de l'opération, le malade a ressenti une amélioration notable.

⁂

Dr Van Doninck (Gheel). **L'épilepsie essentielle.** — Observation de trois cas d'épilepsie essentielle fortement améliorés par le traitement au luminal combiné à la thyroïdine et à d'autres extraits glandulaires. Il ajoute quelques considérations concernant l'origine endocrinienne possible de l'épilepsie essentielle.

⁂

Dr R. Ley (Bruxelles). **Un cas de psychose passionnelle guérie.** — Relation du cas d'un homme de 31 ans atteint de délire de jalousie envers sa femme accompagné d'interprétations délirantes et d'excitation sexuelle ; des menaces de mort non dissimulées envers sa femme justifient l'envoi du malade dans une maison de santé. Le repos, l'isolement, la psychothérapie améliorent rapidement tous les symptômes à tel point que le malade peut sortir au bout de trois mois de séjour. Cette guérison se maintient depuis deux ans. L'auteur rappelle à cet égard, un cas semblable décrit il y a un an par Vermeylen et se rallie à ses considérations. Il ne faut pas considérer tous les malades présentant un système d'interprétation délirante comme des paranoïaques, c'est-à-dire comme des malades incurables et indéfiniment

©BIUM

dangereux. Il préfère rattacher des cas semblables à la psychose passionnelle dont le pronostic est infiniment moins sombre.

Dr G. VERMEYLEN (Bruxelles) souligne l'intérêt de cette distinction nosologique au point de vue du pronostic et du traitement et rappelle que c'est souvent au moment où le malade a cessé d'être dangereux qu'on l'interne.

G. VERMEYLEN.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN DU CADRE DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Un concours pour l'admission aux emplois de Médecins-Directeurs et Médecins-Chefs de services du cadre des asiles publics d'aliénés (autres que ceux du Département de la Seine) s'ouvrira à Paris le lundi 19 mars 1928.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 12.

Conditions d'inscription. — 1° Etre Français. 2° Etre Docteur en Médecine d'une Faculté de l'Etat. 3° Avoir satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée. 4° Avoir eu moins de 33 ans au 1er janvier 1928. (Cette limite d'âge est toutefois reculée d'une durée égale au temps de service militaire effectivement accompli au cours de la guerre 1914-1919).

Inscriptions. — Les inscriptions sont reçues avant le 18 février 1928 inclus au Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 1er bureau, 7, rue Cambacérès, Paris (8e arrondissement). Les candidats doivent déposer : 1° Une demande sur papier libre ; 2° Un extrait de leur acte de naissance ; 3° Une pièce établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires ; 4° Un résumé de leurs états de services civils et hospitaliers et de leurs titres ; 5° Les pièces justificatives de ces états de service et titres ; 6° Leur diplôme de docteur en médecine ; 7° Un résumé succinct de leurs travaux publiés ; 8° Un exemplaire de chacune de leurs publications.

©BIUM

Chaque postulant est informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Epreuves. — A. *Epreuves d'admissibilité :* 1° Question écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. 3 heures. Maximum 30 points.

2° Question écrite sur la pathologie mentale. 3 heures. Maximum 30 points.

3° Question écrite sur la pathologie interne ou l'hygiène hospitalière. Maximum 20 points.

4° Question écrite sur l'organisation et fonctionnement des établissements d'aliénés et sur la législation applicable aux aliénés. 2 heures. Maximum 20 points.

B. *Epreuves définitives :* 1° Epreuve clinique orale portant sur un seul malade (diagnostic, pronostic, traitement et assistance). 20 minutes d'examen, 20 minutes de réflexion, 15 minutes d'exposition. Maximum 40 points.

2° Epreuve clinique écrite portant sur un seul malade (diagnostic de l'état mental et conséquences qui en découlent au point de vue de la législation civile et criminelle). 20 minutes d'examen, 1 heure de rédaction. Maximum 40 points.

Jury. — Le jury est tiré au sort dans les conditions fixées par le décret du 3 janvier 1922 (*Journal Officiel* du 14 janvier 1922), aussitôt après la clôture du registre des inscriptions.

L'arrêté fixant sa composition est publié au *Journal Officiel*. Le jury détermine l'ordre des épreuves, assure la police du concours et fixe le minimum de points nécessaire pour l'admissibilité et pour l'admission.

Situation des médecins des asiles. — Les candidats admis sont appelés à choisir, au fur et à mesure des vacances, dans l'ordre de classement. Les médecins du cadre des asiles publics d'aliénés reçoivent : 1° Un traitement comportant 9 classes, par avancement tous les deux ans et fixé actuellement à : 19.000, 20.500, 22.000, 23.500, 25.000, 26.500, 28.000, 30.000 et 32.000 francs. L'Administration envisage d'accorder très prochainement un traitement de début de 22.000 fr. et de créer une classe exceptionnelle à 34.000 francs qui serait attribuée aux médecins comptant au moins 2 ans de service dans la 1re classe et 25 ans de services civils et militaires valables pour la retraite ;

2° Le logement, le chauffage et l'éclairage à titre gratuit dans l'établissement ;

3° Dans la plupart des départements, les indemnités de résidence et de charges de famille calculées sur le même taux que pour les fonctionnaires de l'Etat ;

©BIUM

4° Pour les médecins-directeurs, une indemnité éventuelle de fonction variable suivant les départements ;

5° Enfin, dans certains asiles, une indemnité complémentaire de traitement, dont le taux est fixé par le Conseil général ;

6° Dès l'entrée dans la carrière un bénéfice d'ancienneté égale au temps de service militaire légal. Ils vont bénéficier prochainement d'une loi récente qui accorde des bonifications supplémentaires pour le temps passé dans les unités combattantes pendant la guerre ;

7° A 65 ans d'âge, une retraite calculée suivant les règlements départementaux, mais généralement aussi avantageuse que celle des fonctionnaires de l'Etat.

Après un minimum de 5 ans de service en province, les médecins des asiles peuvent se présenter au concours du cadre spécial de la Seine, qui leur assure actuellement un traitement comportant 5 classes, par avancement tous les deux ans, et fixé à 28.000, 30.000, 32.000, 34.000 et 36.000 fr.

OFFICE NATIONAL D'HYGIÈNE SOCIALE

La défense sociale contre la syphilis

En mai 1928, une grande conférence internationale de langue française de défense sociale contre la syphilis aura lieu à Nancy, sous les auspices de la Ligue Nationale contre le Péril Vénérien. A cette occasion, une très intéressante exposition sera faite. Les personnes détenant des documents anciens sont priées de les faire connaître et de donner la possibilité d'exposer soit des originaux, soit des reproductions. S'adresser à M. Lucien Viborel, Secrétaire général de la Commission de Propagande, — Office National d'Hygiène Sociale, 26, Boulevard de Vaugirard, Paris, XV^e^.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — **Ministère de la Guerre.** *Officier :* M. le prof. ABADIE ; *Chevaliers :* MM. les docteurs Louis PARANT (de Toulouse), SCHUTZEMBERGER (de Pontorson), SUTTEL (du Puy).

Ministère de l'Hygiène. *Chevalier :* M. le docteur SANTENOISE, médecin en chef de l'asile de Ste-Ylie.

Nous adressons à nos collègues et amis nos plus chaleureuses félicitations.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 35.488

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Recrutement des Médecins des Asiles

Depuis quelques années on constate une diminution notable du nombre de candidats aux places de médecin des asiles publics d'aliénés. Un concours aura lieu prochainement : il y a douze places vacantes, il n'est pas certain qu'il se présente douze candidats. Cette situation ne laisse pas d'être inquiétante.

Le même fait s'observe pour tous les postes administratifs, qu'il s'agisse de l'Etat, à l'exception de l'administration des Finances, ou de la Préfecture de la Seine, par exemple. On éprouve de plus en plus de difficultés à recruter le personnel et, dans bien des cas, on est obligé de faire appel aux femmes pour combler les vides. La même crise sévit sur le recrutement des grandes écoles.

©BIUM

Cela tient évidemment aux changements profonds qui se sont opérés dans les modalités de l'existence, au besoin d'argent qu'entraîne le goût pour le luxe, la toilette, les voyages, l'automobilisme. La tendance à dépenser qui se manifestait déjà avant la guerre et n'a fait que s'accroître ensuite avec, comme conséquences, une diminution de l'épargne et une restriction de la natalité s'est encore aggravée, comme à toutes les époques analogues, du fait de l'emploi d'une monnaie abondante, peut-être, mais en tous cas dépréciée. Le besoin de gagner immédiatement beaucoup d'argent a fait délaisser le fonctionnarisme pour le monde des affaires, quelles que soient ces affaires, pourvu qu'elles laissent l'espoir d'un gain facile et parfois considérable. Il en a été de même pour les grandes Ecoles.

Pour les médecins des asiles, la question se pose de façon différente. Si les mêmes causes générales subsistent, ce n'est pas, en effet, en raison de la diminution du nombre des étudiants que le recrutement devient difficile. Loin de là. Il n'y a jamais eu un plus grand nombre d'élèves dans nos Facultés ou nos différentes Ecoles de médecine et, cependant, les jeunes gens s'orientent de moins en moins vers les études de psychiatrie.

L'internat des Asiles et, en particulier, l'internat des asiles de la Seine ou des asiles situés à proximité d'une faculté ou d'une école de médecine, constituait autrefois la pépinière où se formaient les futurs médecins. Or, depuis longtemps déjà, le recrutement des internes se restreint de plus en plus. Les causes en sont multiples. Il y a d'abord les modifications sans cesse apportées aux program-

©BIUM

mes d'études, la multiplication des stages imposés aux étudiants qui créent un obstacle insurmontable à leur présence régulière dans un service d'asile, seul endroit où ils puissent acquérir les connaissances susceptibles de les qualifier pour leurs futures fonctions. Cette multiplicité de connaissances incomplètes dévolues aux étudiants constitue-t-elle un progrès ? Il est permis d'en douter lorsqu'on voit, comme nous avons pu fréquemment le constater, des jeunes gens bourrés de notions livresques et, en même temps, insuffisamment préparés au point de vue pratique, tout cela au détriment de la clinique qui restera, quoi qu'on fasse, la seule école où se forme un médecin.

L'augmentation toujours croissante des spécialités ou des sciences accessoires a eu pour conséquence de permettre à des étudiants de trouver une quantité de fonctions plus ou moins rémunératrices qui leur permettent, en continuant le cours régulier de leurs études, d'en alléger les frais. J'entendais dire, récemment, qu'à la seule Faculté de Nancy, trois cents étudiants, au moins, étaient ainsi pourvus. Si l'on ajoute à cela, les innombrables cliniques privées, les besognes accessoires, mais rémunérées offertes aux étudiants par l'orientation nouvelle de la thérapeutique (piqûres, etc.), on devine qu'il y a là une cause importante de la diminution des candidats à nos concours d'internat.

A mesure qu'approche la fin des études, l'étudiant se sent attiré par la clientèle qui, paraît-il, est productive, malgré les frais énormes dont elle est grevée par l'automobile et l'impôt. En tous cas, elle apparaît au jeune médecin comme bien supérieure à la vie dans un asile, quels que soient les

©BIUM

avantages et l'augmentation des traitements qu'il a bien fallu se résigner à concéder, traitements encore bien modestes en raison de la progression constante du coût de la vie, bien qu'en apparence ils semblent formidables en regard des 2.400 fr. par an, généreusement accordés aux médecins adjoints, nommés au concours, de ma génération.

Parmi les internes des asiles de la Seine eux-mêmes, un certain nombre, s'ils consentent à passer le concours de médecin, ne se résignent pas à aller occuper un poste de province. Ils croiraient déchoir, car la multiplication des postes de chefs de clinique ou de médecins assistants, d'un accès relativement facile, leur a permis d'occuper des fonctions qui les ont mis en valeur et ils préfèrent courir les risques d'une clientèle spécialisée, s'adonner à la pratique, à un moment fructueuse, de la psychanalyse, ou accepter une place dans une maison de santé privée.

Il faudra donc faire encore un effort, un gros effort financier. Il serait regrettable, à tous égards, de voir s'éteindre, faute d'être alimenté, ce foyer resplendissant de la Psychiatrie Française si éloquemment célébré tout récemment par M. le Professeur Wimmer, doyen de la Faculté de médecine de Copenhague.

Henri COLIN.

©BIUM

SUR LE TRAITEMENT DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE

Par V. OSSIPOV

Professeur de Clinique des Maladies mentales
de l'Académie de Médecine de Leningrad

La démence paralytique est une forme d'affection mentale qui depuis plus de cent ans attire l'attention des psychiatres et dont l'étude est assez complète.

L'intérêt qu'on a toujours porté à cette maladie a pour cause, d'une part, son tableau clinique toujours très nettement accentué, et, d'autre part, son incurabilité apparente. Les cas isolés de guérison publiés en littérature, n'ont certainement pas contrebalancé l'opinion admise par tous : l'incurabilité de la démence paralytique. Mais aujourd'hui, nous nous voyons contraints d'avouer qu'il serait plus juste de dire que nous ne savions pas traiter cette affection, plutôt que de la proclamer incurable.

Il est vrai que quelques aliénistes (*Wagner v. Jauregg, Bechtereff*) avaient insisté sur la possibilité de guérir de cette maladie, mais de bonnes méthodes de traitement n'avaient pas été proposées, jusqu'à l'heure actuelle. Or, la publication des cas de guérison, bien que rares, démontre toutefois, que, dans certaines conditions favorables, l'organisme humain peut résister à ce mal : le processus peut s'arrêter dans son évolution et même régresser jusqu'à la guérison.

Il existe des rémissions spontanées, plus ou moins longues et complètes au cours de la paralysie générale, ce qui confirme l'idée que l'organisme peut quelquefois vaincre la maladie par ses propres forces.

On remarqua qu'il se produisait une amélioration dans l'état général d'un paralytique s'il avait présenté au début une infection aiguë (l'érysipèle et le typhus récurrent sont celles qui semblent donner les meilleurs

©BIUM

résultats). On a constaté également que les formes expansives, celles qui ont une tendance à présenter des rémissions, avaient une marche plus favorable que les autres, ce qui prouve que l'organisme des sujets atteints de ces formes-ci est en état de combattre l'infection, ne fût-ce que pour un certain temps.

Cette voie du traitement infectieux de la démence paralytique est celle que suit la thérapeutique actuelle et les résultats obtenus déjà sont si impressionnants qu'il ne peut plus être question de l'incurabilité de cette maladie.

Une autre méthode de traitement, méthode intimement liée à l'étiologie de la paralysie générale et qui en résulte consiste dans l'emploi du traitement spécifique (anti-syphilitique). Il semble qu'il ne puisse différer d'opinion sur l'importance et la nécessité d'employer un traitement spécifique qui constitue une méthode de traitement de la cause ; cependant, étant donné les résultats peu brillants obtenus par cette méthode ou (et c'est l'avis de beaucoup de psychiatres) l'absence totale de résultats, on a émis l'opinion que les paralytiques ne doivent pas être soumis à un traitement antisyphilitique, celui-ci ne pouvant que leur être nuisible. On voit nombre de médecins s'abstenir de prescrire à leurs malades un traitement spécifique, mercuriel, surtout, et, à un moment donné, la paralysie générale n'était traitée que symptomatiquement, autant dire qu'elle n'était pas traitée du tout.

A l'heure actuelle, la paralysie générale s'est enrichie de méthodes nouvelles, parmi lesquelles la malariathérapie et l'inoculation du typhus récurrent occupent une place de premier plan et donnent des résultats positifs : il existe, cependant, différentes façons de procéder. La présente étude a pour but de résoudre, s'il est possible, le problème de la méthode à employer. C'est le choix de la méthode et une association rationnelle de différents traitements qui joueront un rôle prépondérant dans notre lutte avec cette maladie effroyable, d'autant plus qu'une application itérative des méthodes ne produira jamais un effet équivalent à celui qu'on aura obtenu la première fois. Chaque

©BIUM

nouvelle récidive sera plus grave que ne l'aura été la précédente.

Nous employons depuis des dizaines d'années pour le traitement de la paralysie générale un traitement spécifique, et cela dans presque tous les cas.

Cette maladie n'étant qu'une psychose tardive syphilitique, le traitement mercuriel y est tout indiqué.

Il est prouvé qu'il se forme dans les parois vasculaires du système nerveux central des paralytiques des gommes milliaires (*Jacob*) ; on a découvert des spirochètes dans la profondeur du tissu cérébral ainsi qu'au voisinage des vaisseaux, dans les parois vasculaires et même dans l'aorte (*Jahnel*). Ces spirochètes ne sont pas seulement épars, mais présentent des amas plus ou moins considérables, des essaimages de spirochètes (*Jahnel, Hauptmann, Plaut*), ce qui coïncide généralement avec l'aggravation de la maladie. On aurait eu tort, dans ces conditions, de s'abstenir d'un traitement mercuriel. Je me crois autorisé à affirmer que les malades qui font une cure mercurielle présentent des rémissions plus complètes et plus longues que ceux auxquels un traitement mercuriel n'a pas été prescrit. Dans la majorité des cas, je fais faire à mes malades des frictions d'onguent gris, mercuriel. On devra les commencer aussitôt qu'on aura porté le diagnostic, le plus tôt vaudra le mieux.

Cependant il existe des cas où le traitement mercuriel me paraît être contre-indiqué, c'est : 1° dans le cas où le malade vient de le subir (deux ou trois mois auparavant) ; 2° dans les cas de cachexie ; 3° dans les cas où la désintégration de la personnalité est accentuée.

Je suis arrivé, dans les dernières années, à ne plus considérer la surexcitation du malade comme un obstacle au traitement mercuriel : cette surexcitation étant liée à l'aggravation de la spirochétose, un traitement spécifique y est tout indiqué. On a cru remarquer que, sous l'influence du traitement mercuriel, la gravité du processus s'accroissait quelquefois, on ne saurait le nier en vérité, mais ceci ne doit pas être pris en considération ; cela n'arrive d'ailleurs que très rare-

©BIUM

ment et puis n'a-t-on pas observé une aggravation de la maladie dans toutes ses périodes, au début aussi bien que vers la fin ? Une relation intime entre le traitement mercuriel et l'accélération de la manifestation des symptômes pathologiques, ne nous paraît donc pas établie. On commencera le traitement par les frictions mercurielles qu'on remplacera par des injections parenchymateuses dans les cas où, pour telle ou telle raison, ces frictions seraient impraticables. Le traitement complet est de 40 frictions, la dose est de 4,0 d'onguent mercuriel, ou de 2,0, 3,0 d'onguent mercuriel double. Un traitement ioduré doit être associé au traitement mercuriel (iodure de potassium, 1,0, trois fois par jour). On admet que l'iode donne des résultats positifs dans la syphilis tardive, mais ces résultats sont encore meilleurs si l'on associe l'iode au mercure : en modifiant la viscosité sanguine et les échanges, l'iode contribue à la circulation du mercure dans l'organisme ; il accélère son action en introduisant dans le torrent circulatoire les dépôts mercuriels inactifs, dépôts qui se seraient accumulés dans les tissus.

Le professeur *V. Tarnowsky* a étudié sur ce phénomène et l'a mentionné dans ses conférences.

Plus tard, le Dr *Wichemirsky*, après des recherches minutieuses, le confirma en démontrant que l'iode une fois introduit dans l'organisme, augmente l'élimination du mercure par les urines ; dans les cas, où après un traitement mercuriel, on n'avait pas constaté la présence du mercure dans les urines, une dose d'iode administrée au malade en provoquait l'apparition. Guidés par ces indications, nous commençons le traitement ioduré à mi-cours du traitement mercuriel.

Le malade devra absorber 100,0 de KI (traitement complet) ; dose qui devra lui être administrée sans intervalles, ou dans des cas exceptionnels, si le malade supportait mal l'iode, avec quelques intervalles forcés. De fait, quand le traitement mercuriel sera terminé, le traitement ioduré devra être continué pendant deux ou trois semaines encore. Cependant, le traitement spécifique ne se bornera pas à ces deux médications : le mercure et l'iode, on y adjoindra à la même période

©BIUM

des injections d'arséno-benzol à doses fractionnées (néosalvarsan, 914), de 0,3 à 0,6 gr. On commencera les injections après qu'on aura fait 8 frictions et on les répètera tous les 5-6 jours jusqu'à ce qu'on ait institué la dose de 3,0. Le traitement de la paralysie générale par l'iode, le mercure et l'arséno-benzol, en constitue la première phase, qui dure environ deux mois et demi.

La seconde phase c'est la malariathérapie. Avant qu'on eut eu recours à cette dernière ou à l'inoculation du typhus récurrent (*Rosenblum, Wagner v. Jauregg, Gerstmann*) nous employions, et non sans succès, la protéinothérapie (le lait, *Bondareff*). A présent, ne sont soumis à la lactothérapie que les malades qui n'offrent pas de résistance ou bien ceux qui présentent une insuffisance cardiaque : chez ceux-ci, la malariathérapie serait dangereuse, elle est donc contre-indiquée. Il existe différentes méthodes de conduire le traitement de la paralysie générale par le mercure, l'arséno-benzol et le paludisme expérimental. Je ne puis me rallier à ceux des psychiatres qui prétendent que la thérapeutique infectieuse doit précéder tout autre traitement, que c'est par elle qu'on doit commencer. Nous commençons toujours comme nous venons de le décrire. La méthode dont je suis partisan, constitue la première phase du traitement, la préparation du sujet à la malariathérapie au moyen des remèdes spécifiques qui doivent détruire les spirochètes en stérilisant l'organisme.

D'autre part, la thérapeutique infectieuse employée après cette première phase, provoquant pendant les accès fébriles une élévation marquée des échanges, contribue à la pénétration des dépôts du mercure dans le système nerveux central, ce qui agit sur l'infection syphilitique basale. Enfin, et ceci me paraît être de la plus haute importance, le traitement spécifique employé préalablement rend plus facile la lutte de l'organisme contre la maladie ; nous aurons donc ainsi des résultats meilleurs que ceux qu'on obtient sans une cure préparatoire. La seconde phase c'est l'inoculation d'un virus infectieux. C'est la malariathérapie qui, à l'heure

©BIUM

actuelle, constitue la méthode de choix, bien qu'il y ait des indications sur les avantages que présente l'inoculation du typhus, la facilité de se servir du virus typhique, que l'on a toujours à sa portée dans n'importe quelle clinique, constitue un de ces avantages. Quant à l'impaludation, il nous est arrivé d'attendre quelquefois assez longtemps avant d'être pourvus d'hématozoaire qu'il était difficile de se procurer dans les premiers temps de l'emploi de cette méthode (même à Léningrad). A présent, toutes ces difficultés se sont aplanies, grâce à la fréquence de l'impaludation qui maintenant est pratiquée dans tous les établissements psychiatriques. On utilise un bon hématozoaire (un même virus) qui est employé par passages successifs de malade à malade. Mais on aurait tort de ne pas avoir pensé aux deux infections, car, si l'on peut choisir, il est toujours plus aisé de se procurer l'une ou l'autre et il y a des cas où l'on ne saurait attendre. Nous injectons le sang du donneur (la tierce bénigne, tertiana) sous la peau ou dans la veine du paralytique. Le sujet inoculé devra être soigneusement ausculté avant l'impaludation ; on fera surtout attention au cœur, vu que le malade devra supporter 12-13 accès fébriles, souvent assez graves. Le malade impaludé sera mis en observation, il est à souhaiter que l'impaludation soit faite dans une maison de santé, une clinique, et ce n'est que dans des cas extrêmes que l'on se décidera à impaluder à domicile ; on devra alors entourer le malade des soins éclairés d'une garde-malade expérimentée qui, à tout moment, pourra prévenir le médecin-traitant. Parmi les contre-indications de la malariathérapie, on doit citer : l'artériosclérose accentuée, l'état précaire psychique et physique consécutifs à l'évolution avancée de la maladie et l'insuffisance cardiaque. Si la fibre musculaire fléchit, il est bon d'instituer au malade du strophantus et du camphre, il faut toujours avoir ces deux médications sous la main pour prévenir les phénomènes de collapsus cardiaque, surtout dans la période d'accès fébriles où la température descendra. Après 12-13 accès, on arrête l'évolution du paludisme par la quinine qu'on admi-

©BIUM

nistrera pendant un certain temps (1,0 gr. de quinine par jour) pour prévenir les récidives de la malaria. Nous prenons le sang d'un paludéen dans une période apyrétique, mais il nous est arrivé de le prendre au donneur en période d'accès et nous n'avons pas eu à nous en plaindre. L'incubation est assez variée : le premier accès de fièvre éclate, dans la plupart, 7 à 12 jours après l'impaludation, rarement plus tôt, quelquefois plus tard. Il arrive aussi que l'inoculation ne produit aucun effet, alors on la répète au bout de 3 à 4 semaines. L'immunité antimalarienne des femmes dans leur période menstruelle est beaucoup plus active qu'en dehors des époques, fait dont on devra tenir compte dans le traitement des femmes paralytiques par la malariathérapie. Nous avons pratiqué un examen du sang de l'impaludé dans tous les cas où l'impaludation ne s'était pas manifestée longtemps par des accès fébriles et chaque fois nous avons pu constater une susceptibilté abaissée de l'individu vis-à-vis de l'infection malarienne.

Parfois, on se voit forcé d'arrêter par la quinine le traitement infectieux, ce sont les cas où la vie du malade est menacée, mais en règle générale si toutes les indications pour et contre ont été examinées, on parvient à mener le traitement jusqu'au bout. Néanmoins, il existe des cas (rares, il est vrai) où le malade succombe de cachexie consécutive à la malariathérapie. La paralysie générale n'est pas seulement une affection du système nerveux, elle atteint tout l'organisme affaibli déjà préalablement par l'infection syphilitique qui aura déterminé l'évolution du processus. Il est donc compréhensible que malgré toutes les mesures prises, malgré toute notre attention et notre bonne volonté, il est impossible d'éviter tout à fait les décès dus à la malariathérapie. Bien que considérée comme bénigne, cette méthode peut donner aussi des résultats négatifs. Il ne serait donc que trop juste que le médecin-traitant décidé à soumettre son client à l'impaludation prévienne sa famille que le traitement qui leur est proposé est loin d'être inoffensif, mais que cependant c'est le seul qui puisse encore avoir

©BIUM

quelque chance de faire évoluer la maladie d'une façon favorable, d'obtenir une rémission plus ou moins complète. Sans ce risque, nous nous voyons impuissants vis-à-vis de cet horrible mal. On ne saurait jamais prendre trop de précautions pour éviter des malentendus dans l'avenir, par conséquent, le médecin-traitant devra obtenir de la famille du malade un consentement écrit.

C'est dans les formes expansives que la malariathérapie donne les meilleurs résultats, il n'en est pas de même des formes démentielles. Dans le premier cas, le processus s'arrête dans son évolution et même régresse. L'état général s'améliore considérablement, la dysarthrie, les troubles moteurs (tremblement) s'atténuent d'une façon appréciable.

Nous ne possédons pas une statistique aussi importante que celle de *Nonne* ; dans cet article, nous n'apportons ni statistique, ni appréciation de résultats obtenus. Nous n'avons voulu parler que des méthodes de traitement. Tous les cas cliniques observés à l'Académie de Médecine de Léningrad sont soigneusement recueillis et enregistrés. Les malades sont suivis à leur sortie autant qu'il est possible de le faire. Je ne veux pas encore mentionner le nombre des rémissions présentées, ceci sera fait ultérieurement, mais d'ores et déjà je puis dire que nous avons eu des cas très intéressants, avec des résultats brillants. Ainsi, un de nos malades (ingénieur), a repris son poste de directeur d'une corporation ; un autre exerce depuis plus d'un an une profession d'une grande responsabilité, un troisième dirige un bureau de presse, un quatrième est chef d'une école, etc.

J'observe de près une jeune fille de 16 ans qui, après l'impaludation, présente une rémission qui se maintient déjà depuis un an et demi. Notons que tous ces malades avaient présenté une forme expansive. Je ne me rappelle pas avoir eu de cas de réinfection malarienne, mais certains de mes malades après quelques mois avaient répété le traitement spécifique mercuriel avec application d'arséno-benzol. Il va sans dire que tout le traitement doit être contrôlé par des réactions

©BIUM

sérologiques qui serviront d'indications pour prendre telle ou telle autre mesure, ou prescrire telle ou telle médication différente.

En admettant qu'après la malariathérapie l'amélioration de l'état général du patient ne soit que transitoire, il faut tout de même reconnaître que nous avons acquis en elle un grand auxiliaire pour combattre une maladie considérée jusqu'à nos jours comme incurable. La paralysie générale évolue le plus souvent vers l'âge de 35 à 40 ans, époque où l'homme se doit à sa famille, où il voudrait jouir de toutes ses forces vitales, s'employer chez lui et mener une vie sociale utile. Si donc, sans le guérir tout à fait, nous lui donnons un délai d'un an ou deux, c'est déjà beaucoup et cela doit être considéré comme un grand succès.

Notons encore qu'on a obtenu les meilleurs résultats dans les cas traités dès le début, mais, je le répète et je ne saurais trop y insister, toujours, dans tous les cas, un traitement spécifique antisyphilitique devra *précéder* la malariathérapie.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 JANVIER 1928

Présidents : MM. LEGRAIN et LEROY

Mme Minkowska, MM. Targowla, Vignaud, Collet, Baruk et Vieux, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 26 décembre 1927.

La correspondance manuscrite comporte :

Une lettre de M. JANET remerciant la Société de l'avoir nommé vice-président pour l'année 1928 ;

des lettres de MM. BEAUDOUIN et MINKOWSKI remerciant la Société de les avoir élus membres titulaires ;

des lettres de remerciements pour leur nomination au titre de membres associés étrangers des Drs BOVEN, de Lausanne, REPOND, médecin de la Maison de santé de Malévoz (Suisse), DOUGLAS A. THOM, de Boston, WORTH, du Springfield Mental Hospital de Londres, LORD, d'Epsom, NINIAN-BRUCE, d'Edimbourg, Shaw BOLTON, professeur à l'Université de Leeds ;

une lettre du Président de la Chambre des Députés accusant réception et annonçant la transmission de l'adresse de protestation de la Société contre les termes dont M. Frot, député, s'est servi, à l'égard des médecins de maisons de santé privées, dans son rapport à la Chambre des Députés relatif au divorce des aliénés.

La correspondance imprimée comprend, en outre, un exemplaire d'un travail intitulé : « *Le Syndrome maniaque* », offert à la Société par son auteur, M. le Dr DERON.

©BIUM

Allocution de M. LEGRAIN, *Président sortant*

M. LEGRAIN. — Mes chers collègues. Arrivé au terme de la mission à laquelle m'avaient appelé vos suffrages, j'ai l'agréable tâche de jeter un coup d'œil en arrière sur l'activité de notre Société.

Mais, auparavant, je dois en votre nom une nouvelle mention de regret à nos collègues disparus.

Briand, Arnaud, Antheaume. Chacun d'eux a reçu le juste tribut de ce que la Société leur devait. Leur souvenir est de ceux qui ne périssent point.

Votre Société a appelé dans son sein de nouveaux membres :

Comme titulaires, elle a élu : MM. Petit, Santenoise et Calmels.

Comme correspondants français ou étrangers : MM. Miller, de Québec, Boven, de Lausanne, M. Vignaud, MM. Shaw Bolton, Lord et Worth, de Londres, Bruce, d'Edimbourg, Repond, de Malévoz et Douglas Thom., de Boston.

L'année comptera parmi les plus brillantes, grâce à la splendide fête du Centenaire de Pinel. C'est un grand privilège pour notre Compagnie d'avoir pu honorer publiquement l'un des savants dont la France tout entière a le droit d'être fière. A nos côtés, se sont pressés de nombreux savants étrangers. Leur présence a rehaussé l'éclat de notre manifestation, en montrant que notre grand compatriote avait été un véritable animateur mondial.

Les travaux présentés à votre tribune ont été particulièrement riches.

Un gros effort a été porté surtout du côté médico-légal. Une discussion nourrie et élevée s'est poursuivie sur les *crimes et délires passionnels*, introduite par MM. Laignel-Lavastine et Delmas, renforcée ensuite par M. Capgras, MM. Leroy, Dupain, Jos. Charpentier, Courbon, Claude, Arnaud apportèrent à la discussion le fruit de leur expérience. Cette passionnante étude collective, vraiment dans le programme de la Société,

©BIUM

paraît avoir fait avancer quelque peu le problème toujours si controversé de la responsabilité de la justice. Le vieux dogme de la responsabilité morale paraît devoir céder de plus en plus la place à la responsabilité purement pénale en proportion du danger que peut faire courir l'aliéné, toute idée de la sanction étant écartée et abandonnée au seul juge. Affaire d'espèce et de circonstances cliniques, les problèmes médico-légaux trouveraient ainsi plus facilement d'accord les vrais experts de carrière aux prises les uns avec les autres devant toutes les juridictions.

Sur le même thème, M. Guiraud vous a entretenu des *conditions d'internement et de sortie des aliénés* dangereux.

Au chapitre médico-légal revient enfin une importante discussion sur le *divorce des aliénés*. MM. Eissen, Provost, Courbon, Trénel, Roubinovitch, y prirent la parole. Le même thème a reparu au Congrès de Blois où notre collègue, M. Boven, introduisit la question et où les membres de notre Société, en très grand nombre, prirent leur part de la controverse.

Une belle place doit être réservée à notre collègue, de *Clérambault*, dont la science psychologique et l'érudition a mis au point de lumineuse façon le passionnant problème de l'*automatisme mental*. Autour de ce thème ont gravité d'importantes communications sur l'état *schizophrénique et les tendances homosexuelles*, sur le *délire héboïdophrénique*, par MM. Capgras, Dupouy et Briau, sur l'*automatisme*, par MM. Courbon et Magnand, sur le rôle *de l'affectivité dans les psychoses hallucinatoires chroniques*, par M. de Clérambault.

Une pittoresque improvisation de notre collègue Hesnard nous a montré les *avantages de la méthode psychanalytique en Psychiatrie clinique*.

Je voudrais mentionner tous les sujets qui ont été abordés avec fruit à cette tribune. Ce serait faire une table des matières sans profit. Je m'en voudrais toutefois de ne point signaler pour finir d'importantes contributions biologiques, comme celles de notre collè-

©BIUM

gue Marchand sur le *choc anaphylactique et le choc colloïdoclasique* dans l'épilepsie, mais surtout celle, si justement remarquée de ce même collègue sur les *lésions corticales dans la démence précoce.*

Il est apparu que de telles contributions ont fait entrer la démence précoce sur un nouveau terrain où les lumières anatomo-cliniques donneront enfin à ce syndrome une place immuable dans la nosographie.

Ce travail de notre collègue qui a terminé l'année en a été vraiment le couronnement. On a plaisir, dans une telle revue de votre activité, de constater que l'année 1927 aura été sûrement l'une des plus fructueuses de votre histoire. Je conçois une légitime fierté d'avoir présidé à une telle productivité.

Je ne saurais achever cette courte revue de fin d'année sans décerner un juste tribut de reconnaissance aux membres du bureau qui m'ont assisté et, en particulier, à notre infatigable secrétaire général qui, cette année, a supporté d'exceptionnelles épreuves. La Société serait ingrate si elle ne le reconnaissait point. Et maintenant il me reste à passer la main à mon vieil ami le Dr Leroy qui, grâce à son aménité si connue, mènera votre barque vers de nouveaux succès. Je le prie de vouloir bien prendre la présidence et je déclare le nouveau Bureau installé pour 1928.

Allocution de M. Leroy, *Président*

M. Leroy. — Messieurs et chers collègues. Désigné par vos suffrages pour présider nos séances, mes premières paroles sont pour vous remercier de l'honneur que vous me faites et dont tout le mérite revient à votre amitié. C'est votre bienveillante sympathie qui a dicté votre choix et, partout où se portent mes regards, je ne rencontre que des amis. Maîtres vénérés dont le nombre diminue chaque année, camarades d'études que je considère comme des frères, anciens élèves devenus à leur tour d'éminents chefs de service, à vous tous j'adresse mon affectueuse gratitude.

En pensant à tout ce que je vous dois, il me vient en

©BIUM

mémoire ce passage de Montaigne : « Au demeurant, ce que nous appelons amis et amitiés, ce ne sont qu'accointances et familiarités nouées par quelque occasion ou commodité, par le moyen de laquelle nos âmes s'entretiennent. En l'amitié de quoi je parle, elles se mêlent et se confondent l'une en l'autre d'un mélange si universel qu'elles effacent et ne retrouvent plus la couture qui les a jointes. Si on me presse de dire pourquoi je l'aimais, je sens que cela ne se peut exprimer qu'en répondant : parce que c'était lui et parce que c'était moi ».

Si je me réjouis dans ce jour heureux, une pensée mélancolique se présente à mon esprit. Cette fonction de président est l'apanage d'une longue carrière médicale. J'aperçois ma jeunesse passée et la descente toute proche. Je me rappelle mon temps d'étudiant où j'assistais aux séances, assis bien modestement dans le fond de cette salle, et je salue avec émotion la mémoire de tant de collègues très chers aujourd'hui disparus.

La Société médico-psychologique compte maintenant 75 ans d'existence. C'est une vieille dame toujours jeune et toujours aimable, qui conserve le privilège de porter allègrement le poids des années et de garder sa physionomie accueillante. Son activité reste aussi vive et son influence aussi respectée qu'aux beaux jours d'autrefois. Nos aînés seraient certainement satisfaits de la voir recevoir dans ce cadre admirable les mêmes hommages des médecins aliénistes du monde entier.

Baillarger, depuis 3 ans fondateur et rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*, exprimait, dès 1846, le désir de créer une Association de médecins, permettant de mettre en commun leurs efforts pour le bien des malades et les progrès de la science. L'exécution d'un tel plan fut rendue difficile par le scepticisme des uns et l'indifférence des autres. Un premier essai de réunion eut lieu le 18 décembre 1847. Malheureusement, la révolution de 1848 et les troubles politiques consécutifs arrêtèrent ce mouvement. Qua-

©BIUM

tre ans devaient s'écouler avant qu'une nouvelle tentative — celle-ci définitive — puisse réaliser cette utile conception. Sa fondation avait été timidement annoncée, dans la presse médicale, par une petite note de Baillarger parue dans la *Gazette médicale* du 4 mars 1852. « Celui qui écrit ces lignes, disait-il, a des raisons particulières de faire des vœux pour que cette société aujourd'hui constituée — et qui doit entrer définitivement en fonction sous peu de jours — grandisse et se fortifie. Il plaide un peu *pro domo sua.* » Le désir du grand ancêtre devait être plus que réalisé.

La première réunion de travail eut lieu le dernier lundi de juin 1852, sous la présidence de Ferrus. Elle commença par une communication de Delasiauve sur « une forme mal décrite du délire consécutif à l'épilepsie ». Il s'agit de la confusion mentale, qui devait avoir une si belle fortune. Dans une autre communication également primordiale, Maury montrait les analogies du rêve et de l'aliénation mentale. La nouvelle association se classait, de prime abord, au rang des réunions scientifiques les plus autorisées.

Ainsi que son nom l'indique, la Société médico-psychologique avait largement ouvert ses portes aux psychologues. Cliniciens, neurologistes, penseurs, écrivains, philosophes s'y trouvaient réunis. C'était l'époque où l'aliénation mentale était presque tributaire de la philosophie. Pendant plusieurs années, lors des grandes discussions sur les monomanies, les hallucinations, médecins et philosophes s'entendirent fort bien, chacun apportant à l'œuvre commune leurs points de vue particuliers qui se complétaient l'un par l'autre ; mais des formations intellectuelles si différentes amenèrent à la longue des incompatibilités. La psychiatrie était devenue une science purement médicale et l'élément philosophique s'élimina peu à peu. La Société prit alors la forme médicale que nous lui connaissons.

Il est inutile de parler des travaux de notre Compagnie : l'histoire entière de l'aliénation se dérouierait devant nous. L'idée générale qui se dégage de l'accu-

©BIUM

mulation de tant de documents, du choc de tant d'idées, c'est le long et dur enfantement de la psychiatrie. Dans ces fameux débats, qui durèrent parfois une année, certaines conceptions peuvent nous paraître à présent sans grand intérêt ; mais que dire de la probité, de l'érudition, des rares connaissances cliniques de ces hommes passionnés pour la science, qui apportaient dans leurs discussions une ardeur incomparable. Le progrès avance peu à peu, s'arrête, repart, sans que rien ne puisse entraver sa marche. Cette constatation nous incite à la modestie et beaucoup de notions actuelles sembleront peut-être singulières à nos successeurs. Il est vrai que nous nous tenons maintenant sur un terrain plus solide grâce à la précision de nos méthodes, à l'aide apportée par le laboratoire et le microscope, aux emprunts faits aux autres sciences médicales, chimiques ou biologiques.

Quoi qu'il en soit, c'est dans cette enceinte que s'est édifiée cette science psychiatrique dont nous nous enorgueillissons. Clinique, thérapeutique, médecine légale, législation, tout a été ici exposé et discuté avec la rigueur de l'observation médicale, la recherche de la vérité, la conscience du devoir, et, souvent, avec cette éloquence que donne la conviction.

La Société médico-psychologique n'a pas seulement réalisé l'idéal scientifique de Baillarger, son autorité rayonne sur le monde. Elle a pris l'initiative des Congrès internationaux. Tous les savants qui, à un titre quelconque, s'intéressent à la médecine mentale tiennent à honneur d'être admis au milieu de nous. Bien plus, son opinion a parfois éclairé la justice et vaincu l'iniquité. En 1862, l'affaire Sagrera passionnait l'Espagne. Deux médecins, le mari et les deux frères d'une malade avaient été condamnés, tous les cinq, à 12 ans d'emprisonnement pour une prétendue séquestration illégale. Notre Compagnie prit en mains la défense de ces infortunées victimes, dont l'une était le professeur Pujadas, membre associé étranger. Une commission nommée par elle fit la preuve de l'injustice. L'opinion publique espagnole se ressaisit, le gou-

©BIUM

vernement accorda la grâce et la Reine, en signe de dédommagement et d'estime particulière, nomma le professeur Pujadas inspecteur de tous les asiles d'aliénés d'Espagne.

Telle était, Messieurs, l'influence morale de notre Association, il y a 65 ans. Nous pouvons en être d'autant plus fiers que cette suprématie n'a fait que se développer. Le 26 mai 1902, la Société médico-psychologique fêtait son cinquantenaire. Nos archives conservent, comme titres de noblesse, les lettres, télégrammes apportant le salut cordial et les vœux sympathiques de tous les aliénistes français et étrangers. Ces témoignages si précieux peuvent se résumer dans cette phrase lapidaire d'un de nos illustres confrères : *Vivat, floreat, crescat Societas medico-psychologica.*

Est-il besoin de rappeler la splendeur des fêtes données en 1922 et 1927 pour la célébration des centenaires de Bayle, de Pinel et de Vulpian ? Nous avons encore devant les yeux le spectacle émouvant de ces savants venus des nations les plus lointaines pour assister à nos séances et honorer la Société médico-psychologique, inspiratrice de ces Congrès et mère de la psychiatrie française.

Si j'ai tenu à évoquer aujourd'hui devant vous la glorieuse histoire de notre Compagnie, c'est parce qu'il est bon de rappeler, de temps en temps, ce que nous avons fait et ce que nous sommes. Son 75e anniversaire me donnait cette occasion. Un tel passé est le meilleur garant de la grandeur de l'avenir.

Avant de passer à l'ordre du jour, je remercie notre président sortant, le Dr Legrain, pour la maîtrise avec laquelle il a dirigé nos débats. Nous saluons en lui l'apôtre de l'abstinence et nous admirons son inaltérable jeunesse, preuve vivante de la vérité de sa doctrine.

Il me reste encore un agréable devoir à remplir. Vous avez choisi comme vice-président un membre de l'Institut, un savant universellement estimé, dont les

©BIUM

travaux ont guidé la psycho-pathologie contemporaine. J'invite M. le professeur Pierre Janet à prendre place au bureau.

M. Pierre JANET, vice-président, remercie le président des paroles aimables qu'il vient de lui adresser. Il remercie la Société de l'avoir élu vice-président et fait à son égard acte de contrition pour ses trop nombreuses absences dans le passé, bien résolu qu'il est à réparer ses torts, en prenant désormais une part active à ses travaux.

Rapport de la Commission des Finances

M. SEMELAIGNE. — Le rapport de la Commission des finances, qui réglementairement devrait être présenté en décembre, a été, en 1913, par un vote de la Société, reporté à la séance de janvier. Le trésorier se trouvait dans l'impossibilité, avant la fin de l'année, d'établir les comptes et de fixer la somme due par chacun. En réalité, la cotisation était de 36 francs, mais dans la salle d'entrée se trouvait un registre où chaque signature valait 2 fr. 50 ; celui qui y apposait dix signatures ne versait donc, en fin d'année, que 11 francs. Les fondateurs de la Société espéraient rendre ainsi, grâce à l'esprit d'économie, nos séances plus fréquentées et plus vivantes. Ils ont peut-être commis là une erreur psychologique, car il était facile de signer et de délaisser la séance. A qui me demanderait si, au cours de ma longue carrière, j'en ai observé des exemples, je répondrais que l'âge m'a sans doute, à cet égard, quelque peu troublé la mémoire. En tout cas, le registre a disparu, la cotisation est fixe, et le rapport de la Commission des finances pourrait, sans inconvénient, être présenté désormais à la séance de décembre. A une condition cependant : le recouvrement de toutes les cotisations s'effectuerait au début de l'année. Notre Société éviterait ainsi des pertes, car il est difficile, en cas de décès, d'adresser des réclamations aux familles en deuil.

©BIUM

L'avoir de la Société, au 31 décembre 1926, était de.....	18.945 49
Les recettes, en 1927, ont été de.....	8.918 »
Total	27.863 49
Les dépenses, en 1927, ont été de.....	4.371 25
Il reste donc un excédent global de.....	23.492 24

se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique	9.081 14
Prix Aubanel	9.711 60
Prix Belhomme	1.550 »
Prix Moreau (de Tours).....	300 »
Prix Christian	2.849 50
Total	23.492 24

Les rentes annuelles de la Société se décomposent ainsi :

Société médico-psychologique	566 »
Prix Aubanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau (de Tours).....	100 »
Prix Christian	302 »
Total	2.068 »

Votre Commission vous propose d'approuver les comptes de l'année 1927 et de voter des remerciements à notre dévoué trésorier, le docteur Raymond Mallet.

La Société adopte à l'unanimité les conclusions de ce rapport et vote des félicitations à son trésorier, M. Raymond Mallet.

Prix de la Société

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Pour le prix Aubanel, un mémoire a été déposé (Les Etats anxieux). Il a pour auteur Mlle Agnès Chiarli, licencié ès lettres, interne à

©BIUM

l'asile de St-Elie. Le bureau propose une commission composé de MM. Guiraud, Capgras et Marchand. Adopté.

Pour le prix Moreau, de Tours, la Société a reçu la thèse du Dr Baruk : « Troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales ». Nous proposons une commission comprenant MM. Claude, Lhermitte et Trénel. Adopté.

Pour le prix Esquirol, qui devait être également attribué cette année, aucun mémoire n'a été présenté.

Les *Annales* publieront dans le n° de février la liste des prix proposés pour l'année 1929.

Rapport de candidature

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, Au nom d'une commission, composée de MM. Raoul Leroy, Henri Colin et René Charpentier, rapporteur, j'ai l'honneur de vous exposer très brièvement les titres et travaux scientifiques de MM. les docteurs Omer Noël (de Montréal) et Daniel Plouffe (de Montréal), qui demandent à faire partie de la Société médico psychologique en qualité de « membres associés étrangers ».

Tous deux sont bien connus de vous. Depuis quelques mois, ils ont assisté aux séances mensuelles de notre Société et participé à ses travaux.

Le Dr Omer Noël, docteur en médecine de l'Université de Montréal depuis 1908, est actuellement agrégé à la chaire de clinique des maladies mentales de cette Université. Médecin, depuis 1908, des Hôpitaux d'aliénés de la province de Québec, il remplit, depuis 1920, les fonctions d'assistant du surintendant médical de l'important Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près de Montréal.

Après une thèse de doctorat sur les « Psychoses infectieuses », soutenue, en 1908, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le Dr Omer Noël a publié, en 1920, au Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, un travail sur « l'Organisation scientifique des Asiles d'Aliénés de la Province de Québec », et, en 1922, à la session suivante du même Congrès, en collaboration avec le Dr Daniel Plouffe, un travail intitulé « Intelligence des

©BIUM

Aliénés. Etude médico-sociale ». En décembre 1927, en collaboration avec notre collègue Paul Courbon, il a apporté à cette tribune l'intéressante observation des « Etapes d'une psychasthénie cyclique ».

Le Dr Daniel Plouffe, docteur en Médecine de l'Université de Montréal depuis 1910, est ancien chef de clinique de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, de Montréal. Il est actuellement surintendant médical d'un hôpital d'aliénés criminels, annexé à la prison de Bordeaux, près Montréal. Premier surintendant de cet hôpital, il a eu la lourde charge de l'organisation et de la mise au point d'un service créé de toutes pièces dans une aile de la prison et destiné aux plus difficiles des malades qu'un psychiatre peut avoir à traiter et à diriger.

Après une thèse de doctorat sur « les Appendicites », soutenue en 1910 devant la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le Dr Daniel Plouffe présenta, en 1922, en collaboration avec le Dr Omer Noël, au Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, le rapport sur « l'Intelligence des Aliénés ». Récemment, en novembre 1927, il exposa à la Société médico-psychologique, en collaboration avec notre collègue, le Dr Paul Courbon, un intéressant travail sur « les délires émotionnels de persécution à deux ».

Comme le Dr O.-M. Miller, élu l'an dernier, par un vote unanime, membre de notre Société, le Dr Omer Noël et le Dr Plouffe sont venus d'Amérique nous apporter la collaboration des Psychiatres Canadiens Français. En envoyant chaque année des médecins des Universités réputées de Québec et de Montréal étudier à Paris, le Gouvernement de la Province de Québec affirme son désir de rendre toujours plus étroits les liens de notre culture commune. Que de reconnaissance ne lui devons-nous pas !

L'accueil fait par nous à nos collègues de la province de Québec dira notre estime pour leurs travaux, le prix que nous attachons à leur collaboration, et la fidélité de notre Souvenir.

A l'unanimité, Messieurs, votre Commission vous

©BIUM

demande de nommer le Dr Omer Noël et le Dr Daniel Plouffe au nombre des membres associés Canadiens de notre Société.

Election. — Après lecture du rapport de M. René Charpentier, M. le Dr Omer Noël (de Montréal) et M. le Dr Daniel Plouffe (de Montréal) sont nommés membres associés étrangers de la Société Médico-psychologique à l'unanimité des membres présents.

L'ordre du jour appelle une communication de Mlle Pascal et de M. Abranovitz sur le traitement de la Paralysie générale par le stovarsol. Les auteurs ayant été empêchés de venir lire leur mémoire qu'ils ont fait remettre au Bureau, la Société décide que cette communication sera reportée à la prochaine séance.

Pseudo-mélancolie Hystérique

par le Dr J. LAUTIER

(Asile d'Alençon)

Les anciens psychiatres, jusque dans le dernier quart du XIXe siècle, portaient très fréquemment le diagnostic de folie hystérique. Mais leurs observations sont peu utilisables parce qu'on se rend compte qu'ils ont donné très souvent cette dénomination à des cas de démence précoce.

En 1890, notre maître, M. Henri Colin, publia sa thèse sur l'Etat Mental des Hystériques. Ce remarquable ouvrage restreint très considérablement le domaine de la folie hystérique. Son idée dominante est, en effet, que presque tous les troubles mentaux graves attribués à l'hystérie, ne se produisent pas lorsque celle-ci est à l'état de pureté : il faut, pour leur éclosion, que l'hystérie soit associée à une intoxication comme l'alcoolisme, ou surtout à la dégénérescence mentale.

Depuis 1900, des travaux extrêmement importants, et

©BIUM

en première ligne ceux de M. Babinski, ont porté sur la psychologie générale de l'hystérie et ont fait de celle-ci tout entière une maladie mentale. La culture de l'hystérie par les médecins disparut et, avec elle, les symptômes les plus tapageurs, les plus théâtraux et les plus durables. En même temps, la connaissance de la démence précoce hébéphréno-catatonique faisait passer dans ce nouveau cadre créé un bon nombre de cas étiquetés précédemment folie hystérique. Les psychiatres ne portaient plus ce diagnostic que pour un nombre de cas de plus en plus restreint.

Aussi voyons-nous que dans les traités modernes de psychiatrie, si parfois de longues pages sont consacrées à la théorie psychologique de l'hystérie, on ne trouve que quelques lignes à peine sur les phénomènes passagers qui peuvent simuler assez bien l'aliénation mentale pour conduire à l'asile ceux qui en sont atteints. Nous allons voir, en plus, que, dans ces courts passages, les avis des auteurs diffèrent considérablement.

Chaslin, dans ses « Eléments de Sémiologie et de Clinique », fait de tout délire hystérique un cas particulier du délire de rêve. Un tel délire ne se différencierait des autres délires oniriques que parce qu'il est coordonné, systématisé, et d'autre part influençable par la suggestion et les éléments affectifs. « S'il tient toute la scène, écrit-il, ce rêve s'accompagne d'excitation, de dépression, avec plus ou moins grande stupeur, c'est-à-dire d'émotions appropriées ; c'est ce qu'on a appelé à tort la manie, la mélancolie, la stupeur hystériques. » Il n'y aurait de difficulté de diagnostic qu'avec les autres délires oniriques.

Régis, dans son traité, divise les psychoses hystériques en délires liés aux attaques, délires en dehors des attaques et vésanies dans l'hystérie. Parmi les délires en dehors des attaques, qui sont des équivalents psychiques de celles-ci, il ne nomme que : le délire somnambulique avec sa forme d'automatisme ambulatoire, le délire d'extase, le délire prophétique et le délire d'auto et d'hétéro-accusation. Les vésanies dans l'hystérie comprennent la manie, la mélancolie, les délires systé-

©BIUM

matisés, la dégénérescence, la démence qui ne sont pas d'origine hystérique, mais auxquels le terrain imprime son caractère spécial.

M. Logre, dans son article du traité Sergent, enlève à l'hystérie, proprement dite et seule, à peu près tous les troubles mentaux. Ce qu'on observerait dans ceux-ci, c'est une « hystérie symptomatique » qui recouvrirait les signes d'une manie véritable, d'une hébéphrénie véritable, d'un vrai délire mystique. Relativement aux cas de pseudo-mélancolie dont nous allons nous occuper plus loin, il écrit : « Dans les *Etats émotivo-imaginatifs,* qui, d'ordinaire à la suite d'une contrariété, d'un chagrin d'amour, surviennent chez des jeunes filles quelque peu érotiques et sentimentales, mais aussi romanesques et coquettes, vaniteuses et comédiennes, on observe parfois des *troubles psychiques d'allure théâtrale,* parmi lesquels peuvent figurer la crise hystérique, le mutisme, la léthargie, etc... C'est cette folie échevelée, tapageuse et ostentatoire, insolite et déconcertante, superficiellement variable et *suggestible,* qu'on désignait autrefois, par excellence, sous le nom de *Folie hystérique*... L'hystérie, dans la mesure où elle intervient ici, n'est qu'accessoire... Le trouble mental primaire, celui qui domine le diagnostic et le pronostic, c'est la *perturbation affective,* l'excitation ou la dépression psychiques sous-jacentes, résultant électivement d'un choc émotif et surtout d'un *traumatisme psycho-sexuel.* Le traitement par persuasion est inefficace ou n'agit qu'en partie... » Et M. Logre conseille de se méfier vivement de la possibilité d'une hébéphréno-catatonie et de laisser son diagnostic en suspens. Il intitule son chapitre : Le démembrement de l'hystérie psychique, et le termine par ces mots « Que reste-t-il de l'hystérie psychique ? *Rien,* ou à peu près rien. »

MM. Dide et Guiraud n'écrivent sur le sujet qui nous occupe que ces lignes : « Nous ne voulons pas dire qu'il n'entre jamais dans les Asiles des malades à constitution hystérique pure, mais ils sont exceptionnels et se présentent seulement : 1° Comme des oniriques sans confusion dont le délire guérit rapidement ; 2° Comme

©BIUM

internés à la suite d'un rapport médico-légal pour auto ou hétéro-accusation. »

M. Rogues de Fursac admet, lui, contrairement à M. Logre, que l'hystérie peut parfaitement simuler une maladie mentale et qu'il existe une *psychopathomimie* analogue à la pathomimie des troubles somatiques. Dans les accès délirants hystériques, « l'exaltation affective et les troubles psycho-sensoriels tiennent toujours la permière place ». Il énumère les signes de diagnostic de ces accès avec la catatonie, l'épilepsie, la manie, la mélancolie. « Dans la mélancolie, écrit-il, les troubles présentent un caractère durable, permanent, indépendant des impressions extérieures, tandis que, dans la dépression hystérique, il suffit parfois d'une plaisanterie, d'une parole encourageante pour dissiper, au moins d'une façon momentanée, les phénomènes mélancoliques. D'autre part, les manifestations de l'automatisme psychique, délire, hallucinations, etc..., sont généralement moins accusées dans la dépression mélancolique que dans l'hystérie. » Enfin, l'auteur insiste sur l'importance du diagnostic psychologique, tout délire hystérique nécessitant pour causes une émotion et une suggestion.

Ajoutons que les Psychanalystes qui ont trouvé dans l'hystérie le plus beau champ d'application de leurs théories, ne se sont naturellement pas désintéressés de ces états délirants. Si nous ouvrons, par exemple, le « Traité Théorique et Pratique de Psychanalyse » de Jones, nous trouvons un chapitre intitulé : Folie simulée dans l'hystérie. L'auteur rapporte un cas de puérilisme mental, survenu à la suite d'un léger traumatisme, et qui, naturellement, puisqu'il s'agit d'un travail de Psychanalyse, était la manifestation d'un complexe sexuel infantile refoulé. Retenons le titre du chapitre : Folie simulée, et les pages dans lesquelles Ernest Jones sépare la simulation inconsciente de la consciente. On voit que l'école psychanalytique admet la possibilité pour l'hystérie seule de créer des états délirants qui sont une simulation inconsciente d'une psychose véritable.

©BIUM

La divergence des opinions sur la « Folie hystérique » m'a engagé à rapporter deux cas typiques de troubles mentaux pithiatiques simulant des états mélancoliques et à en mettre en lumière, avec quelque détail, les caractères cliniques.

Voici ces deux observations :

Observation I. — Mlle C..., âgée de 18 ans, vendeuse dans un magasin, intelligente, entre dans mon service le 20 novembre 1925. Disons de suite que ses parents sont en bonne santé et qu'il n'y a aucune tare nerveuse ou mentale dans sa famille, à part celle-ci : sa sœur est atteinte de goître exophtalmique et a présenté avec assez d'intensité, pendant une période, les troubles propres aux basedowiens.

La malade elle même, que sa famille juge d'un tempérament « un peu nerveux » n'a présenté précédemment aucune affection caractérisée digne d'être signalée.

Depuis quelques mois, elle se laissait raccompagner en sortant de son travail, par un tout jeune homme qui lui faisait la cour. Ses parents l'apprirent et comme ils ne voulaient pas permettre un mariage avec un prétendu trop jeune et dont la famille n'était pas honorable, comme ils avaient en vue au contraire le mariage de leur fille avec un de ses cousins, celle-ci dut supporter une scène de reproches, terminée par la défense de revoir son amoureux.

A partir de ce moment, elle devient sombre et se met à exprimer des idées d'indignité. D'après le médecin de sa famille, elle aurait aussi manifesté à ce moment la crainte d'être enceinte. Par la suite, elle a toujours nié avoir eu aucune relation sexuelle.

Un jour, elle se lève de très bon matin, sort de chez elle et se rend sur un pont de la Sarthe, distant de deux kilomètres au moins de son domicile. Ce pont est très fréquenté dans la journée, mais désert à cette heure. Elle attend assez longtemps ; c'est seulement au moment où passent les premiers ouvriers, se rendant à leur travail, qu'elle se jette à l'eau, à un endroit d'ailleurs peu profond. Naturellement, elle est retirée de suite et ramenée chez elle.

Là, elle tient des propos de plus en plus franchement délirants et refuse les aliments, soi-disant pour mourir de faim. Quatre jours après, on la place à l'Asile.

A peine entrée dans le quartier d'observation, elle déta-

©BIUM

che et avale ses deux boucles d'oreilles, bijoux sans grande valeur qu'on ne lui avait pas enlevés.

Le lendemain, lorsque je l'interroge, elle répond très bien et très volontiers à mes questions, sans aucun ralentissement de l'idéation. Elle explique la cause de ses tentatives de suicide, et émet des idées d'indignité démesurées : « J'ai tué mon père, ma mère, toute ma famille par tout le chagrin que je leur ai causé. On a eu raison de m'amener ici ; on aurait aussi pu m'emmener en prison ; ç'aurait encore été trop bon pour moi, à cause du mal que j'ai fait. Tout est fini pour moi ; peut-être que mon pauvre père est mort à l'heure qu'il est ; ce que j'ai fait est irréparable. »

Mon interrogatoire ne met en lumière aucune autre idée délirante, et absolument aucune hallucination ni auditive, ni visuelle. L'orientation est parfaite.

Notons qu'il existe une amnésie élective. Tout en reconnaissant qu'elle s'est jetée à l'eau, elle ne donne aucun détail sur son acte, et hésite même sur la date de celui-ci.

A l'asile, la malade se remet de suite à s'alimenter. Son sommeil est bon. Mais, dès les premiers jours, je note de curieuses oscillations de l'humeur : si, en général, elle paraît triste et émet les idées d'indignité énoncées plus haut, à d'autres moments elle rit ou elle chante et surtout elle fait la mauvaise tête. Elle dit aux autres malades qu'elles sont là pour toujours, que personne ne sort jamais de l'asile, que l'on n'envoie pas ses lettres, etc... Je recherche les stigmates physiques d'hystérie et, en évitant de la suggestionner, je n'en trouve aucun.

Son état paraît s'améliorer très considérablement jusqu'au 13 décembre (23 jours après l'entrée). A cette date, elle reçoit une visite de sa mère et, au cours de la conversation, dit à celle ci que son cousin, avec qui on voulait la marier, est mort du chagrin d'avoir été refusé par elle. Je n'ai pas su si sa mère lui avait dit quelque parole pouvant éveiller un état émotif.

Le 14, Suzanne C... m'annonce à moi aussi la mort de son cousin. Je la questionne pour savoir comment elle aurait pu l'apprendre. Elle n'en a pas entendu parler, n'a eu aucune hallucination ; aucun fait n'a été interprété par elle dans ce sens. Néanmoins, elle en est sûre : son cousin est mort. C'est par intuition qu'elle le sait. L'après-midi, elle a une crise de nerfs ; ce n'est pas encore une crise d'hystérie typique, c'est une crise de petite hystérie.

Le lendemain 15, au moment de la visite, elle tremble de

©BIUM

tout son corps. Elle s'étonne d'être dans cet état ; elle ne sait pas d'où cela vient. Le tremblement disparaît complètement au cours de notre entretien, par suggestion. Le soir même, elle a une grande crise d'hystérie typique.

Les jours suivants, elle a encore des crises. Elle en a 8 au total. Puis, son état va rapidement en s'améliorant. Je la garde assez longtemps quoiqu'elle paraisse normale. Elle sort guérie le 20 février.

Notons un signe physique intéressant. Ses règles ont apparu pour la première fois le 24 janvier ; elles avaient été supprimées en novembre et décembre.

Après sa sortie, Suzanne a repris son travail, abandonné ses idées de mariage et s'est montrée complètement normale. Il y aura deux ans dans quelques jours que sa guérison complète se maintient.

Observation II. — Mlle Germaine L..., âgée de 33 ans, entre dans mon service le 4 novembre 1926. C'est une personne intelligente, qui exerce le métier de couturière en chambre. Isolée de sa famille, elle a pour propriétaire une vieille demoiselle qui est en même temps sa protectrice et son amie.

Il n'y a dans sa famille absolument aucune tare nerveuse ou mentale connue. Mais la malade elle-même a un passé névropathique assez chargé.

Très « nerveuse » dès son enfance, elle aurait eu toute jeune des crises de nerfs de nature indéterminée. A 17 ou 18 ans, elle se fiance et reste fiancée pendant 6 ans. Au bout de ce temps, son futur rompt le projet de mariage et épouse une autre jeune fille. Il lui semble qu'elle n'a pas un grand chagrin, mais cependant elle a alors une série de crises. Cette fois, ces crises sont observées par un médecin ; il diagnostique des crises d'hystérie, et, en effet, la description qu'elle en donne est typique.

Petit à petit, tout rentre dans l'ordre, et pendant une dizaine d'années, elle ne ressent plus aucun trouble nerveux. Depuis la mort de sa mère, il y a deux ans, elle vit isolée dans les conditions que nous avons dites.

Il y a quelques mois, elle fait la connaissance d'un Monsieur en qui elle voit bientôt un prétendant à sa main. Il vient souvent la voir et lui fait une cour discrète ; toutefois il ne s'est jamais déclaré. Au bout de quelque temps son attitude change. « J'ai vu dans ses yeux un air méchant », dit la malade. Il y a deux mois, il rompt toute relation et cesse ses visites.

©BIUM

« Depuis ces deux mois, dit-elle, jai eu un revirement dans la tête. » Tout l'ennuie ; elle a des idées d'auto-accusation, des craintes, des scrupules religieux. Il lui faut recommencer ses prières plusieurs fois parce qu'il lui semble qu'elle en a oublié une partie. Elle a de l'angoisse, de l'énervement, beaucoup de bourdonnements d'oreilles, des vertiges avec sensation de ronds de feu devant les yeux. Son sommeil est mauvais, elle a beaucoup maigri, quoiqu'elle dise manger assez bien.

Elle ne peut plus rester au même endroit. « Partir, toujours partir », c'est ce qu'elle désirerait. Elle entreprend une tournée chez ses différents parents et alliés. Comme ceux-ci la voient dans un état de plus en plus anormal, ils la font entrer pour qu'elle se soigne à l'Hospice d'Alençon.

Là, elle a l'impression qu'on veut la mettre dans un cachot. Il lui semble que les religieuses font des préparatifs pour l'enfermer ; elle entend parler de prison à mots couverts. Elle est sûre qu'il y a des grilles et des cachots à proximité. Le lendemain de son entrée, dans la soirée, elle se sauve de la salle où on l'a mise, en chemise, traverse les jardins, escalade une grille, se jette dans la Sarthe qu'elle franchit à la nage. (Elle est très bonne nageuse). Puis, dans sa chemise mouillée, elle court sur une distance de quatre kilomètres, jusqu'à un village voisin où habite un parent. Chez celui-ci, elle fait une scène théâtrale, et saisissant un couteau de cuisine, au lieu de se blesser grièvement, elle se larde le cuir chevelu de petits coups superficiels.

Cette fois-ci, c'est à l'asile qu'on la place. Lorsque je l'interroge, elle est lucide, parfaitement orientée et répond à mes questions très clairement et avec bonne grâce. Elle n'a pas de sensible lenteur de l'idéation, mais parfois de la distraction. Elle me raconte exactement tout ce qui lui est arrivé. A une plaisanterie que je fais au sujet de la bizarrerie de ses actes, elle rit d'elle-même de bon cœur.

Les idées délirantes qu'elle exprime sont les suivantes : en premier lieu : elle va aller en enfer, parce qu'elle a mal soigné son père et sa mère et les a laissé mourir. Elle n'avait jamais pensé cela avant les deux derniers mois ; il lui semble que quelqu'un lui a reproché son manque de soins pour eux, mais elle ne sait ni qui, ni où, ni quand. En second lieu, elle craint qu'on l'enferme dans un cachot ; elle n'a pas peur d'être dans la salle avec d'autres malades, quoique la porte soit fermée, mais elle sait qu'on va la mettre seule derrière une grille.

Cet état se maintient les jours suivants ; elle paraît absor-

©BIUM

bée par ses pensées, mais non apparemment hallucinée. Elle se déride de temps à autre quand on lui parle. Elle se nourrit et dort assez bien.

Trois ou quatre jours après son entrée, elle se met à se frapper assez fortement le front contre les barreaux de son lit. Assez rapidement, elle produit des ecchymoses considérables qui gonflent les paupières des deux côtés et transforment l'aspect de son visage.

Le 10 novembre, vers six heures du soir, on ouvre une fenêtre près de son lit pour aérer la salle. Elle l'enjambe et se trouve dans la cour ; avant qu'on l'ait rejointe, elle escalade avec agilité une haute grille, se trouve dans le jardin et en sort en franchissant aussi le mur. Dehors, elle erre en chemise dans l'obscurité, puis elle se réfugie dans un water-closet de la promenade publique d'Alençon pour y passer la nuit. Elle en sort à quatre heures du matin, va carillonner chez son amie et propriétaire, mais celle-ci, terrifiée à l'idée de se trouver seule avec une aliénée, ne lui ouvre pas. Alors, elle se réfugie dans un petit grenier, voisin de la maison et, couverte de paille, elle y reste, toujours en chemise, jusqu'au moment où on la découvre, dans l'après-midi.

Ramenée à l'asile, elle dit qu'elle s'est encore évadée de peur d'être mise au cachot. Mais, elle écoute mieux la persuasion, se rassure, et son état va en s'améliorant rapidement. En moins d'une semaine, elle paraît complètement guérie. On la garde le temps nécessaire pour laisser cicatriser une blessure qu'elle s'est faite au pied. Elle sort le 20 décembre 1926. Pendant tout le cours de sa maladie, elle n'a pas eu de crise hystérique.

La guérison s'est maintenue, et elle se montre parfaitement normale depuis treize mois. J'ajoute que son amie est venue me demander si elle devait tenter de la marier dans l'intérêt de sa santé ; elle avait un parti en vue ; je lui ai conseillé de ne pas se mêler d'une telle union.

Voici donc deux cas de troubles mentaux éclos chez deux femmes dont la constitution hystérique est prouvée par l'existence de séries de crises, pendant sa maladie chez la plus jeune, bien des années auparavant chez l'aînée. Chez toutes les deux existe un délire à teinte mélancolique et des réactions apparemment suicides. Le seul diagnostic que l'on ait à faire avec celui de folie hystérique est celui de crise de mélancolie.

©BIUM

La première remarque qui s'impose, c'est le caractère ostentatoire, mais en réalité très peu dangereux de leurs attentats contre leurs propres personnes. Pour la première, aller se jeter à l'eau, mais attendre pour le faire qu'il y ait des témoins prêts à la repêcher, avaler des boucles d'oreilles, rester quelques jours sans manger ; pour la seconde, se donner de nombreux coups de couteau superficiels dans le cuir chevelu ou se frapper le front contre un barreau de fer, ce sont des actes qui, en réalité, ne mettent nullement leurs jours en danger. Le seul vrai risque qu'ait couru Germaine L..., c'est celui de se rendre gravement malade en s'exposant en chemise au froid des nuits de novembre, mais elle n'a sûrement pas calculé ce danger. Il n'y a donc pas eu chez ces deux personnes des tentatives de suicide, mais des simulations de tentatives de suicide.

En second lieu, comme M. Rogues de Fursac, je remarque les oscillations de l'humeur, qui est loin de rester constamment triste : mes malades à certains moments rient, chantent, plaisantent ou montrent une humeur taquine.

Voici un troisième signe qui me paraît important. Si dans la mélancolie affective qui survient chez les femmes âgées, la douleur morale est au premier plan et le ralentissement de l'idéation secondaire, chez les femmes jeunes, les crises mélancoliques appartiennent de façon beaucoup plus certaine à la psychose intermittente, et l'inhibition psychique, l'anidéation, en est le symptôme primordial et le plus constant ; la tristesse est beaucoup moins marquée, presque nulle parfois. Or nos deux malades jeunes n'ont aucune inhibition mentale ; parfois distraites, lorsqu'elles font attention à la conversation, elles raisonnent et parlent avec autant de facilité qu'à leur état normal (1).

Voyons quel est le type de délire qu'elles présentent. Les auteurs disent fréquemment que le délire hystérique est un délire de rêve. Malgré la haute autorité de Chas-

(1) Un autre signe, mais qu'on ne connaît que par l'évolution, c'est la brièveté et la curabilité de ces états, bien plus grandes que celles de la mélancolie.

©BIUM

lin, je n'en suis nullement convaincu. D'abord ce qu'on entend communément sous le nom de délire onirique, coexiste en général avec la confusion mentale. Suzanne et Germaine ne sont pas du tout confuses ; elles sont toujours lucides, parfaitement orientées, ne commettent pas d'erreurs de perception. Si l'on admet, ce qui a été discuté, que l'onirisme hallucinatoire peut exister sans confusion, on voit qu'il se présente d'une façon toute différente de ce que nous avons observé. Si nous nous reportons au beau cas publié dans la *Revue Neurologique* de 1919 par M. René Charpentier, nous voyons que son malade vit dans un monde terrifiant, totalement déformé par ses hallucinations et illusions sensorielles, dans lesquelles il a une pleine croyance, si bien que pour échapper aux gens qui le menacent, il se jette par la portière d'un train en pleine vitesse. Combien il y a loin de cette réaction vraiment dangereuse aux simulations inconscientes de nos malades !

Chez la plus jeune d'entre elles, je n'ai rien pu mettre en lumière qui ressemblât à une hallucination ; chez la seconde, lorsqu'elle a entendu quelqu'un lui reprocher d'avoir mal soigné ses parents, sans savoir qui, ni dans quelle circonstance, lorsqu'elle dit que les religieuses parlent à mots couverts de la mettre en prison, il est très douteux qu'il s'agisse de véritables hallucinations, c'est-à-dire de perceptions sans objet, ayant un caractère de réalité complète.

En généralisant, je me demande si les hallucinations sont chez les hystériques aussi incontestables qu'on le dit. Même dans les délires à grand fracas, où l'hystérique abandonne sa personnalité réelle pour en endosser une autre. On dit par exemple qu'un hystérique hypnotisé veut bien simuler un crime si on lui met à la main un couteau à papier, mais qu'il refuserait s'il tenait une arme véritable. Est-ce là quelque chose de comparable à l'état mental du délire de rêve, de ce rêve qui se substitue complètement à la réalité ? Il est probable qu'au lieu d'hallucinations, on ne se trouve qu'en présence de représentations mentales vives, mais n'ayant pas un profond caractère de véracité.

©BIUM

Une source des idées délirantes hystériques qui me paraît plus importante que l'hallucination, c'est l'intuition. Ma première malade m'annonce que son cousin est mort : aucune hallucination, aucune interprétation ne peuvent le lui donner à penser. C'est par intuition qu'elle en est sûre. C'est surtout par intuition que la seconde sait qu'on va l'enfermer dans un cachot.

Donc, le délire de l'hystérique ne nous paraît pas être un rêve ; si on veut comparer un état délirant à un état psychologique normal, ce n'est pas au rêveur que je comparerai l'hystérique, mais à l'enfant qui joue et qui s'affuble, par jeu, d'une nouvelle personnalité. Quoiqu'il agisse comme s'il était général ou Robinson, il garde au profond de lui-même la conscience de son état véritable et peut revenir rapidement à la réalité. C'est aussi l'état mental du rêveur éveillé, bien différent de celui du rêveur endormi, celui de la Pierrette au Pot au lait, et celui du petit comptable du Nabab de Daudet, qui échafaudent des conceptions imaginaires, mais ne perdent jamais complètement le sens de la réalité.

Aussi, comme M. Logre, je pense que le délire hystérique est un délire, non de rêve, mais d'imagination. Folie simulée, selon l'expression d'Ernest Jones, psychopathomimie, selon celle de M. Rogues de Fursac, voilà ce qu'est la folie hystérique pure.

Et c'est bien une folie hystérique pure qui existait chez nos deux malades. Chez toutes deux, nous n'avons relevé ni dégénérescence, ni élément toxique, rien en dehors de l'hystérie. M. Logre dit que de tels troubles mentaux n'appartiennent pas à l'hystérie parce qu'ils sont précédés d'un trauma psycho-sexuel. Ici, je comprends mal sa pensée. En effet, M. Rogues de Fursac écrit très justement que toute manifestation hystérique exige, pour se produire, une émotion et une suggestion. Par exemple, toute crise hystérique ou série de crises, me paraît, tant que la crise n'est pas devenue une *habitude* de la malade, être précédée par un choc émotif. Faudra-t-il pour cela mettre la crise en dehors de l'hystérie ?

Ici, l'émotion, c'est le chagrin d'amour ; la sugges-

©BIUM

tion, c'est l'opinion répandue dans les conversations et les littératures populaires, qu'on devient fou d'un grand amour insatisfait. Le résultat, c'est la simulation inconsciente de la folie.

J'avoue que, pas plus que par le diagnostic de délire de rêve, je n'ai été troublé par celui d'hébéphréno-catatonie, dont conseille de se méfier M. Logre. Un trait qui me paraît très général chez l'hébéphrénique, c'est l'inabordabilité ou la difficulté d'abord lorsqu'on lui parle de sa maladie. Un malade qui parle ouvertement et franchement de ses anomalies mentales, qui ne se réfugie pas dans le mutisme, dans les réponses à côté, dans les paroles à peine intelligibles, à qui il ne faut pas arracher phrase après phrase, n'est pas souvent un hébéphrénique. Il n'y avait en outre ni diminution de l'affectivité, ni incohérence, ni maniérisme. En fait, je sais que mes malades guéries l'une depuis deux ans, l'autre depuis treize mois sont redevenues ce qu'elles étaient avant la maladie, et ne conservent aucune diminution intellectuelle, comme il y en a toujours dans les rémissions les plus complètes de l'hébéphrénie.

Discussion

M. Janet. — Je constate l'existence d'un mouvement intéressant ressuscitant les discussions de ma jeunesse. Dans un récent congrès à Zurich, on n'a parlé que de suggestion et de l'hypnotisme. Je vois réapparaître avec plaisir, le mot d'hystérie et je félicite mon collègue d'avoir osé l'employer. J'espère que l'étude de l'hystérie reviendra à la mode.

Permettez-moi d'évoquer un souvenir personnel. Lorsque j'étais à la Sapêtrière, j'allais souvent causer avec Chaslin qui avait coutume de me faire une plaisanterie. Il faisait venir deux ou trois vieilles, démentes et gâteuses, et me demandait de faire un diagnostic. Puis il m'annonçait que ces trois malades avaient été autrefois dans le service de Raymond, où elles étaient présentées comme des hystériques. C'était donc une erreur

©BIUM

de diagnostic. Je pense que non et qu'elles présentaient à ce moment un syndrome hystérique très net. Elles sont devenues plus tard des hébéphréniques.

Nous avons le tort de considérer les maladies mentales comme des maladies physiques qui constituent des entités d'un bout à l'autre de leur évolution. En médecine mentale, on n'étudie que des syndromes. L'hystérie peut constituer une phase au cours de psychose à forme évolutive et une forme particulière que prend l'abaissement des formes psychologiques.

Ce qui rend cette conception intéressante, c'est que le pronostic est moins sévère dans l'hystérie que dans d'autres cas. Elle est aussi justiciable d'un traitement particulier, par des procédés qui ne réussiraient pas dans les autres maladies mentales.

J'espère qu'on étudiera à nouveau l'hystérie et qu'on en précisera la conception.

M. Henri Colin. — Je tiens à remercier M. Lautier de sa très remarquable communication.

Il a bien voulu rappeler ma thèse sur l'Etat mental des hystériques où contrairement à l'opinion de Jules Falret je niais l'existence de la folie hystérique. Je fais mon *mea culpa* et j'avoue que mes conclusions d'alors étaient trop absolues.

Mais j'ajouterai que les cas de folie hystérique sont extrêmement rares. Au cours d'une longue carrière, j'en ai vu trois ou quatre au plus. Comme l'a très bien marqué M. Lautier, ce qui permet de faire le diagnostic c'est l'aspect assez déconcertant, la mobilité des malades que seule l'observation attentive d'un clinicien averti est capable de saisir. A cet aspect clinique vient s'ajouter la courte durée de la maladie.

©BIUM

Hallucinations visuelles élémentaires et conscientes dans un cas de décollement rétinien ; intégration secondaire dans un système délirant. — Le syndrome hallucinatoire du décollement de la rétine,

par MM. René TARGOWLA et Jean PICARD

Les observations sont actuellement abondantes dans la littérature qui signalent des phénomènes entoptiques ou des hallucinations visuelles « phantopsiques » liées à des altérations oculaires (Uthoff et von Schrœder, V. Morax, J. Gonzalès, H. Flournoy, Truc, Claude, Baruk et Verveack, Nathan, etc.). Il semble que la cataracte soit plus particulièrement génératrice de ces troubles qui furent également constatés dans le glaucome. Ces phénomènes seraient toutefois exceptionnels dans le décollement de la rétine et nous n'avons pu retrouver que deux observations de ce genre, l'une du Professeur Pick (de Prague) (1), l'autre de Cuel et Favory (2), curieuses toutes deux par le contenu verbal et grammatique des hallucinations.

Outre ce point de détail étiologique, l'observation que nous rapportons nous a semblé offrir un intérêt par le caractère élémentaire et plan des hallucinations de la vue ; l'attention portée au phénomène par la malade, l'imagination objectivante puis l'interprétation délirante lui ont donné d'abord un caractère morphologique, enfin une signification symbolique en rapport avec le délire secondairement apparu.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme de 52 ans, qui est entrée à l'hôpital Henri-Rousselle le 15 décembre dernier.

---

(1) PICK. — Eine Selbstbeobachtung als Beitrag zur Leib. Seele Problem. *Abhandlungen aus der Neurol. und Psychiatrie*, 1921, p. 225.

(2) CUEL et FAVORY. — A propos d'hallucinations verbales et grammatiques observées dans un cas de décollement rétinien. *Journal de psychologie*, 15 novembre 1924.

©BIUM

Le début des troubles actuels remonte à juillet 1927, mais la malade s'était montrée méfiante et bizarre depuis un an et demi, époque à laquelle s'était aggravée une myopie ancienne. Aux dires des siens cependant, elle avait été toujours quelque peu jalouse dans son ménage, mais n'avait jamais présenté d'idées délirantes nettes avant la baisse de son acuité visuelle. A l'occasion d'un décollement de la rétine d'origine myopique qui se produisit alors, les craintes de persécution s'affirmèrent, toutes basées sur des interprétations fausses : les commerçants de son quartier lui faisaient grise mine, lui tournaient le dos ; elle attribuait un sens péjoratif aux paroles prononcées devant elle, s'entendait accuser de mauvaises mœurs. Elle a manifesté de ce fait un état anxieux assez marqué avec appétence progressive de la mort. A ses idées d'infidélité conjugale et d'inaffection de la part de son mari, construites sur un mode rétrospectif, s'est jointe la peur d'être empoisonnée, basée sur des paresthésies viscérales. Elle éprouvait des douleurs abdominales à la suite de l'absorption du lait laissé le matin par son mari après son départ et garde la conviction que ses aliments contenaient des toxiques et des stupéfiants. Dans la nuit du 5 au 6 septembre elle a cru mourir : il lui semblait que son cœur s'arrêtait de battre, que son cerveau se dédoublait, que ses mains se refroidissaient, que du sang lui coulait de l'épaule sur le cœur. Dans la maison de santé où elle a séjourné avant de venir à l'hôpital, elle témoignait des mêmes craintes d'empoisonnement, répétait que la vie lui était à charge et s'excitait graduellement, en arrivait à dire qu'elle ne savait ce qui la retenait de tout casser et de se jeter ensuite par la fenêtre. Dans le service elle a éprouvé tout d'abord un certain soulagement à se sentir isolée des siens envers lesquels elle manifeste une animosité foncière. Elle se montre constamment méfiante, suspectant la sincérité de l'entourage, ayant un sentiment d'étrangeté à l'égard de celui-ci, restreignant son alimentation par peur d'empoisonnement, croyant qu'on lui change ses vêtements. Elle est d'ailleurs sujette à des fausses reconnaissances et à des interprétations concomitantes en rapport avec la baisse de son acuité visuelle. Son délire a vite pris d'ailleurs une extension rétrospective et elle nous dit : « Il a fallu que mes yeux s'ouvrent pour que je m'aperçoive qu'on n'en n'était pas à des coups d'essai. » Sa présentation est celle d'une persécutée méfiante et hostile. Elle est réticente ; son visage est soupçonneux. Elle pleure et formule son désir de la mort par des procédés euthanasiques. Si la

©BIUM

malade présente quelques hallucinations ou illusions auditives, il semble que l'activité interprétative prédomine nettement sur les troubles psychosensoriels. Dès le début de son décollement rétinien, elle a présenté des phénomènes entoptiques parfaitement conscients. Depuis cette époque ces phénomènes n'ont pas rétrocédé ; ils se produisaient d'abord le matin au réveil, à l'ouverture des yeux, et se manifestent maintenant presque constamment. Elle a primitivement vu des chutes de points noirs, puis des formes également noires, planes, semblables à des chiffons. Un jour, elle a cru percevoir des ombres humaines cramponnées au pied de son lit. Elle a enfin consciemment observé des aspects d'oiseaux ou de chauve-souris tombant du plafond vers le sol. Tout récemment, fixant une coupure de journal, elle y a décélé avec netteté une chapelle funéraire, ainsi que les noms de nombreux amis de son fils, mort: M. D..., M. B..., M. C... Elle a cru une autre fois observer la tombe de son fils avec deux croix et deux silhouettes, qui sont celles de son mari et de sa fille. Ces hallucinations, d'abord considérées comme telles, ont été intégrées depuis peu dans le délire : « elles sont noires, dit-elle, comme mon malheur ». Elle considère maintenant qu'on lui fait tomber « intentionnellement, et par malignité, toutes ces formes » et même durant son sommeil elle a des reviviscences des phénomènes hallucinatoires de la veille : c'est ainsi qu'au cours de cauchemars elle nous déclare avoir été réveillée brusquement par la vue d' « un affreux bonhomme noir qui clouait une chauve-souris à sa porte ».

L'examen oculaire pratiqué par Mme Schiff-Wertheimer a révélé un décollement de la rétine de l'œil droit dans son segment supéro-interne, décollement d'origine myopique et un rétrécissement du champ visuel inféro-externe correspondant à la lésion. L'acuité visuelle est presque nulle à droite, de 2/3 à gauche.

L'examen somatique ne révèle rien de notable. La ménopause date de deux années. L'examen neurologique est négatif. Les réactions de Wassermann et de Meinicke sont négatives dans le sang. Urée sanguine : 0 gr. 31 ; traces d'albumine et d'urobiline dans les urines. Tension artérielle normale.

***

Outre sa rareté (puisqu'à notre connaissance elle est la troisième que l'on ait publiée) cette observation nous a paru curieuse par plusieurs points.

©BIUM

Les troubles hallucinatoires visuels gardent un caractère élémentaire et sont de deux ordres : des ombres fixées apparaissant lors de la fixation du regard, auxquelles la malade attribue une morphologie symbolique et funèbre ; des phénomènes entoptiques, se déplaçant avec les mouvements de la tête. Ces hallucinations sont planes et constamment noires, s'opposant ainsi aux autres hallucinations visuelles d'origine périphérique qui sont toujours fortement colorées ou brillantes ; leur cause périphérique est cependant incontestable et on les fait disparaître par l'occlusion de la paupière du côté malade. Elles sont donc, de plus, monoculaires, mais ne sont pas unilatérales et restent perçues dans tout le champ visuel (ce caractère monoculaire est peut-être l'explication du manque de relief des visions). Elles peuvent être projetées sur une surface plane (papier blanc, journal).

L'ensemble de ces caractères est assez particulier et ne se retrouve pas dans les descriptions classiques ; par contre, il se rencontre, identique dans ses traits essentiels, dans l'auto-observation de Pick et le cas de Cuel et Favory. Il semble donc qu'il existe un syndrome hallucinatoire appartenant en propre au décollement rétinien.

L'influence de ces phénomènes sur les troubles psychiques associés est évidente ; leur teinte imprègne en quelque sorte le délire et l'attention que leur porte la malade leur donne des formes symboliques, véritables attributs de celui-ci. On peut s'expliquer par cet exemple simple, les phénomènes apparemment plus complexes et plus obscurs d'hallucinations visuelles à contenu grammatique et verbal ; cette objectivation des formes perçues montre l'interaction du psychisme et du trouble sensoriel dans le mécanisme hallucinatoire.

Le rôle des hallucinations ne se limite d'ailleurs pas là. Comme dans la plupart des syndromes hallucinatoires et interprétatifs, la nature anormale des troubles visuels est reconnue par le sujet, qui les attribuait d'abord à sa lésion oculaire et déclare maintenant qu'on

©BIUM

les lui envoie par méchanceté ; il y a là, à proprement parler, des interprétations de symptômes pathologiques. Toutefois, ainsi que l'a déjà fait ressortir l'un de nous pour le syndrome de Pierret dans le tabes, le trouble mental est ici plus complexe ; il constitue une véritable psychose indépendante et ne se borne pas à des idées délirantes déduites. Le délire interprétatif apparaît, pour une part, comme corollaire de la baisse de l'acuité visuelle, susceptible d'accroître la méfiance chez une prédisposée à la période d'involution et d'aider aux erreurs et aux fausses reconnaissances ; il en est de même dans certains cas de tabes amaurotique, à la phase d'amblyopie. Mais des illusions ou hallucinations d'autres sens interviennent, dont le contenu est identique à celui des mêmes manifestations dans les psychoses primitives ; un sentiment d'incertitude, de perplexité fortement accusé par la malade s'y associe et complète l'ébauche clinique d'un syndrome d'automatisme mental. Il s'agit donc de deux affections coexistantes, dont les manifestations se juxtaposent et s'intriquent, mais peuvent toujours être dissociées et vivent indépendamment l'une de l'autre ; ce ne sont pas de simples idées délirantes déduites par un procédé logique, purement intellectuel.

Discussion

M. P. Janet. — Vous venez de remarquer que les hallucinations visuelles à la suite du décollement de la rétine sont assez rares. C'est pourquoi je crois intéressant de vous signaler une observation de ce genre que je viens de recueillir récemment. M. le Dr A. Cantonnet dont les travaux sur l'ophtalmologie sont bien connus a eu l'obligeance de me faire connaître une dame de 53 ans, que je désignerai par les lettres Qer et qui présentait des troubles névropathiques en même temps que des accidents oculaires.

Cette personne qui avait toujours été nerveuse et facilement obsédée a eu une première fois à l'âge de 41 ans un décollement de la rétine dans les deux yeux.

©BIUM

L'œil gauche a été perdu et il a présenté en outre, dans la suite une cataracte, mais grâce au traitement de M. Cantonnet, l'œil droit a pu être sauvé et il a conservé une acuité visuelle de 6/10 : dans les bonnes périodes, la malade pouvait même lire un peu. Mais la vue des corps flottants dans le vitré, celle des éclairs subits, celle des brouillards ou « des éclairages blancs » ont beaucoup troublé l'état mental. Qer a présenté de la claustrophobie, des crises d'angoisse à la pensée de devenir aveugle. Elle a pris, comme beaucoup d'obsédés, l'habitude des « conjurations », celle de lutter contre l'obsession en faisant un effort pour évoquer une autre pensée, en particulier elle s'efforçait de penser à telle ou telle personne de sa connaissance quand elle commençait à être effrayée par une apparence particulière de ses corps flottants ou par l'idée de perdre la vue. Tout d'un coup, dit-elle, « comme si j'avais reçu un coup de cravache » une de ces images a pris une grande précision et s'est fixée devant elle. La malade ne pouvait plus se débarrasser de l'image claire, colorée, avec un certain relief, d'une certaine personne bien reconnaissable, d'une femme assez laide, quelquefois vue de dos et le plus souvent de face. Cette image apparaissait subitement et était accompagnée d'angoisses et « d'un véritable chaos d'idées ». Cette première crise se termina graduellement après plusieurs mois de souffrances.

Il y a trois ans, à l'âge de 50 ans, il y eut un nouvel accident, un petit décollement de la rétine de l'œil droit, qui bien soigné dès le début, par M. Cantonnet, n'a pas eu de conséquences graves. La rétine a pu être fixée et l'acuité visuelle n'a pas été réduite. Mais de nouveau, « les filaments, les brouillards noirs et blancs et la peur de perdre la vue » ont affolé la malade. Les interrogations obsédantes, les phobies, les efforts pour détourner la pensée ont recommencé et l'hallucination exactement la même a réapparu : « L'image a sauté dans ma cervelle », dit la malade. Comme autrefois, l'apparition de l'hallucination est accompagnée par des angoisses et des chaos d'idées. J'ai constaté un état géné-

©BIUM

ral assez mauvais et surtout une grande hypertension, 27-14 au Pachon. Le traitement, le régime sévère ont amélioré cet état et l'hallucination a disparu. Deux ans après, une troisième crise est survenue sans nouveau décollement de la rétine, puis l'état mental s'est de nouveau amélioré.

Cette observation d'hallucination visuelle ou, si vous préférez, d'obsession à forme d'hallucination peut s'ajouter à celles qui nous ont été présentées. Je remarque seulement que l'image hallucinatoire n'est pas plate et qu'elle a un certain relief. La disposition à l'obsession, l'effort pour évoquer des images, peut-être l'interprétation des ombres déterminées par les corps flottants ont dû jouer un rôle dans la provocation de cette hallucination à la suite du décollement de la rétine.

M. GUIRAUD. — Certains oculistes sont au courant de ces faits. Truc, de Montpellier, a publié des articles dans lesquels il appelle ces phénomènes des fantasmes.

M. TRÉNEL. — Je pense qu'il serait intéressant de faire une enquête sur ce sujet auprès des oculistes.

M. TARGOWLA. — Les « phantasmes » des oculistes n'ont pas été décrits, à notre connaissance, dans les décollements rétiniens. D'autre part, je suppose que la planicité des images hallucinatoires est en rapport avec la lésion monoculaire ; M. Janet nous a dit que dans son cas, où la lésion oculaire était double, il y avait sensation de relief. Ce fait se différencie d'ailleurs de ceux que nous visons par son évolution intermittente et le rôle des troubles vasculaires.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires de séances,
BUSSARD, P. GUIRAUD.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

Les Vertiges, par J. LÉVY-VALENSI et E. HALPHEN (1 vol. in-8°, 118 pages, in *Bibl. de Neurologie et psychiatrie* publiée sous la direction du *Professeur Henri Claude* et du *Dr Lévy-Valensi*, Norbert Maloine, édit., Paris, 1926).

Ce livre, le premier paru de la série, est un excellent exposé de la sémiologie du vertige, manifestation subjective de la souffrance de l'appareil labyrinthique. Il contient, en même temps que l'anatomie et la physiologie de l'appareil vestibulaire, l'étude du nystagmus auriculaire, et l'exposé des diverses épreuves (statiques, dynamiques, giratoire, calorique, galvanique) que comporte l'examen fonctionnel d'un labyrinthe.

Les auteurs exposent ensuite avec clarté les éléments de diagnostic des diverses variétés de vertige, les caractères que présente le vertige selon qu'il est en rapport avec des labyrinthites, des abcès du cervelet, des traumatismes de l'oreille interne, la syphilis, des otopathies, la maladie de Ménière, le vertige chronique ou continu, des troubles sympathiques, les diverses affections organiques du système nerveux, les maladies générales, etc. MM. Lévy-Valensi et Halphen complètent ce chapitre diagnostic par l'étude des vertiges réflexes et des pseudo-vertiges (éblouissements, vertiges psycho-névrosiques, vertige de Gerlier, vertige épileptique).

Pour terminer, ils indiquent les procédés thérapeutiques (pilocarpine, quinine, adrénaline, ponction lombaire, trépano-décompression, attouchement du ganglion sphéno-palatin au mélange de Bonain, injection d'alcool sous la muqueuse du cornet moyen, etc.) qui, selon les indications, peuvent être associés au traitement causal, au régime, au

©BIUM

repos et au silence dans la thérapeutique des divers états vertigineux.

René CHARPENTIER.

Physiologie pathologique du signe de Babinski, par le Professeur Henri ROGER, de Marseille [19 pages, in *Marseille Médical*, 15 juin 1926].

Après avoir, dans cette revue générale, exposé et critiqué les nombreuses théories émises, le Professeur Henri Roger conclut que si la valeur sémeiologique du signe des orteils est admise par tous, la physiologie pathologique de ce signe reste encore obscure.

Les seules notions, qui paraissent admises par la plupart des auteurs, sont la parenté étroite, sinon l'identification complète du signe de Babinski avec les réflexes de défense, dont il serait l'expression minimum, et son origine plutôt médullaire.

René CHARPENTIER.

Crises oculogyres (Tonic eye fits) dans l'encéphalite épidémique chronique, par le Professeur Aug. VIMMER, de Copenhague (15 pages, in *Acta psychiatrica et neurologica,* Copenhague, 1926, fasc. 2).

Intéressante étude basée sur cinq observations cliniques de crises oculogyres présentant un étroit rapport avec des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques. Des syndromes hypertoniques paroxystiques peuvent, en effet, se produire au cours du syndrome parkinsonien d'hypertonie continue avec rigidité et akinésie plus ou moins marquée. En terminant, le Professeur Aug. Wimmer rappelle les cas de crises hystériformes oculogyres rapportés par Marinesco et Radovici, au cours du parkinsonisme post-encéphalitique et discute le diagnostic différentiel de ces deux affections.

René CHARPENTIER.

Les Ramollissements Sylviens, *Etude de l'Anatomie de l'Artère Sylvienne et des Syndromes Anatomo-Cliniques des lésions en foyer de son territoire,* par M. Maurice LÉVY, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1 vol. in-8°, 216 pages, 60 fig., Gaston Doin et Cie édit., Paris, 1927).

Cet important travail, appuyé de 45 observations anatomo-cliniques, et inspiré par le regretté M. Foix, comprend une première partie destinée à préciser *l'anatomie normale* de l'artère sylvienne à l'aide de nombreuses dissections et

©BIUM

d'injections du vaisseau. Les ramollissements sylviens sont en effet des syndromes vasculaires au même titre que les ramollissements de la cérébrale postérieure et de la cérébrale antérieure décrits par MM. Foix, Masson et Hillemand.

De l'anatomie de la sylvienne dépendent les *syndromes sylviens :* ramollissement sylvien total, grand ramollissement sylvien profond, ramollissements partiels du territoire profond, ramollissements partiels profonds bilatéraux, grand ramollissement sylvien superficiel, ramollissement sylvien postérieur très fréquent et ses variétés partielles, ramollissement du tronc commun des artères ascendantes, ramollissements de diverses branches ascendantes, ramollissements multiples du territoire sylvien, associés ou non à des ramollissements d'autres territoires. Ces syndromes anatomo-cliniques constituent autant de syndromes de localisation envisagés au point de vue des fonctions motrices, sensitives et du langage.

René CHARPENTIER.

Conférences de Sympathologie clinique, par M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine (4 fascicules, 235 pages, in Publications A. Chahine, Paris, 1927).

Ces quatre fascicules des publications Chahine sont les compte rendus sténographiés et dactylographiés revus par l'auteur, de quatorze conférences faites par M. Laignel-Lavastine dans son service de l'Hôpital de la Pitié en 1926.

M. Laignel-Lavastine, dont on connaît les nombreux travaux antérieurs sur le sympathique, auquel, dès 1903, il consacrait déjà sa thèse de doctorat, sépare la sympathologie, statique et dynamique, de la neurologie sensorio-motrice. Dans ces Conférences, il expose, avec exemples cliniques à l'appui, les notions actuelles sur les réflexes sympathiques cutanés, viscéraux, les syndromes sympathiques tégumentaires, circulatoires, digestifs, respiratoires, génito-urinaires, nerveux et mentaux, endocriniens et trophiques généraux.

Dans une partie synthétique, il montre les rapports qu'on peut mettre en évidence dans la clinique entre le sympathique et les névroses, le sympathique et les psychoses.

Les deux dernières leçons sont consacrées à l'étude analytique des médicaments du sympathique, et au traitement des « sympathoses », expression clinique de perturbations de fonctions du système végétatif.

René CHARPENTIER.

©BIUM

NEURO-PSYCHIATRIE

Les Maladies de l'Energie, *Les Asthénies et la Neurasthénie,* par Albert DESCHAMPS et Jean VINCHON (1 vol. in-8°, 424 pages, *Troisième édition,* refondue, Félix Alcan, édit., Paris, 1927).

Ce livre, dont la 3e édition dit assez le succès, était de nouveau sur le chantier lorsque la mort vint brusquement nous enlever son auteur. Il faut remercier M. Jean Vinchon, dont l'amitié réunit les notes éparses et fit les retouches indiquées comme opportunes par M. Albert Deschamps.

Le plan de l'ouvrage n'a pas été modifié. Des paragraphes nouveaux, des notes nouvelles, sur le métabolisme basal, l'alcalinité ou l'acidité ioniques, la vagotonie, la sympathicotonie, la schizoïdie, la cyclothymie, la psychanalyse, etc., sont venus s'adjoindre aux notions exposées dans les précédentes éditions sans en altérer les idées directrices.

Et ce « bréviaire du neurasthénique », comme l'appelait l'auteur, se termine par un conseil prudent : « Il faut de la patience, de la ténacité et du temps..., surtout que les malades n'aient pas la peur irraisonnée du *temps,* qui se dresse comme un sphinx redoutable au bord de la route mystérieuse sur laquelle ils s'engagent. Le temps n'est rien : c'est une invention des philosophes. Pour avoir sa revanche, a dit un sage, il suffit de persévérer et de vivre. »

René CHARPENTIER.

Les maladies neurasthéniques, *Pathogénèse et Thérapeutique,* par Pierre PRENGOWSKI, Docteur en Médecine et en Philosophie, Médecin en chef du Service psychiatrique de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, à Varsovie (1 vol. in-12, 100 pages, Félix Alcan, édit., Paris, 1927).

Dans une première partie, l'étude de cinq malades, pouvant être considérés comme des cas de *cyclothymie,* de neurasthénie périodique, ou de « psychose maniaque et dépressive à un faible degré », mais que l'auteur, à cause de leurs troubles somatiques et surtout vaso-moteurs, range dans le groupe de la « névrose vaso-motrice » de Cohen, amène M. Prengowski aux conclusions suivantes : Le rattachement de la cyclothymie à la psychose périodique est injustifié. La neurasthénie périodique est une forme intermédiaire entre la neurasthénie ordinaire et la schizophrénie et résulte de troubles du mécanisme de la circulation avec disposition au spasme des vaisseaux périphé-

©BIUM

riques et intoxication consécutive de l'écorce cérébrale. Et, dans ces cas de névrose spasmodique vaso-motrice, se manifeste une véritable hérédité de propriétés morbides. D'où thérapeutique de la *neurasthénie* par l'hypérémie provoquée de certaines régions vertébrales. Ce traitement, dont l'auteur rapporte dix observations, doit être écarté dans les cas de sclérose vasculaire (après 50 ans), ou lorsqu'il existe des toxines ou des bactéries dans le sang des malades.

La même thérapeutique a été appliquée par M. Prengowski aux *affections psycho-nerveuses traumatiques*, qu'il classe parmi les affections neurasthéniques. Il rapporte neuf cas dans lesquels l'influence de ce traitement fut favorable, l'amélioration débutant en général après quelques semaines. Dans les psycho-névroses traumatiques, l'altération réelle consiste en des troubles de la constitution végétative et particulièrement de la constitution vasculaire. Ces affections appartiennent donc, pour M. Prengowski, au même groupe que la neurasthénie, la cyclothymie et la démence précoce.

René CHARPENTIER.

Un groupe particulier des maladies psychiatriques fonctionnelles, *Problèmes de nosologie psychiatrique*, par Pierre PRENGOWSKI, Docteur en Médecine et en Philosophie, Médecin en chef du Service psychiatrique de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, à Varsovie (1 vol. in-12, 128 pages, Félix Alcan, édit., Paris, 1927).

Etude de vingt cas dont l'auteur forme un groupe distinct au point de vue symptomatologique, étiologique et pathogénique, et n'appartenant ni à la schizophrénie, ni à la psychose maniaque dépressive. Les symptômes principaux sont : accentuation et variabilité de la vie émotionnelle, désorientation, idées délirantes et hallucinations, intervalles de lucidité.

René CHARPENTIER.

NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

Convulsions et épilepsie des enfants, par André COLLIN (1 vol. in-8°, 204 pages, Gaston Doin et Cie édit., Paris, 1926).

Dans ce volume, qui fut son dernier travail, le regretté André Collin expose les notions cliniques et le mécanisme des états convulsifs infantiles bénins et de l'épilepsie chez l'enfant.

©BIUM

L'aptitude convulsivante de l'enfant lui permet de faire, à l'occasion d'une hyperthermie, des modifications chimiques du sang, d'une violente excitation périphérique, des réactions paroxystiques, non suivies de séquelles et heureusement influencées par les traitements appropriés aux maladies générales.

Les manifestations de l'épilepsie seront diagnostiquées par l'existence de signes de gravité, tels que l'alcoolisme des parents, l'hérédité similaire, la syphilis méconnue, la toxi-infection alliée à la psycho-névropathie des ascendants ; la concomitance de la débilité intellectuelle et motrice ; les signes prémonitoires à long terme de l'éclosion du paroxysme ; l'existence de vertiges et d'absences, d'équivalents moteurs et psychiques, de turbulence, de fugues inconscientes amnésiques.

Après l'exposé des théories actuelles sur le mécanisme de l'épilepsie et de la gravité comparée des épilepsies infantiles, André Collin conclut, de son expérience thérapeutique, que, dans tous les cas, la médication mercurielle doit être instituée et longtemps continuée, que, dans la majorité des cas, l'équilibre acide-base des humeurs doit être recherché et que toute médication capable de hâter le développement de la cellule nerveuse doit être judicieusement tentée. Les grands calmants du système nerveux doivent être réservés chez l'enfant au cas où la crise elle-même constitue un danger, et aux cas chroniques lorsque toute médication étiologique a échoué.

René CHARPENTIER.

PÉDAGOGIE

Six conférences sur l'Education maternelle, par le Dr Th. SIMON, médecin de la Colonie d'enfants des Asiles de la Seine. — *Préface*, de Mlle BILLOTEY, Directrice de l'Ecole Normale de la Seine (1 vol. in-12, 192 pages, Fernand Nathan édit., Paris).

Ces Conférences furent faites en 1918-1919 par M. Th. Simon, président de la Société Alfred Binet, au Cours Normal d'Education Maternelle de l'Ecole Normale d'Institutrices de la Seine. Accueillies avec une grande faveur et, depuis, réunies en ce volume, les six conférences forment un texte très agréable à lire et exposent avec clarté et documentation tout ce qui touche à la première éducation de l'enfant.

On y trouve les *principes généraux* qui règlent actuelle-

©BIUM

ment l'*Education maternelle* (imitation de l'éducation familiale, adaptation à la psychologie du petit enfant et aux modifications subies aux divers âges), l'étude des *obstacles* qu'elle rencontre (répartition et installation des locaux, nombre des enfants, préparation à la grande école), le *programme* de l'Education maternelle (jeux et besoins du jeune enfant, procédés de développement de l'habileté motrice, du coup d'œil, principes qui doivent guider le choix, la variété et l'exécution des exercices manuels, acquisition des bonnes habitudes, enseignement moral, orthopédie mentale).

Pour faire acquérir à l'enfant la *connaissance du monde extérieur,* la leçon de choses doit se garder d'une distribution trop abondante. L'essentiel est d'utiliser le besoin de connaître de l'enfant, sa tendance vers les choses, sa curiosité commandée par trois sentiments : un sentiment d'étonnement, d'admiration ; un sentiment de sympathie ou de peur ; un sentiment utilitaire. Il faut enfin mettre cette connaissance en action, faire exécuter à l'enfant des actes pour lesquels le souvenir des acquisitions est nécessaire.

Très importante assurément est l'éducation du *langage.* Il faut d'abord *se faire comprendre* d'un enfant que tout déroute à son arrivée à la maternelle et qui se trouve là dans la même situation qu'un débutant dans l'étude d'une langue étrangère changeant brusquement d'interlocuteur. Le Dr Th. Simon insiste sur la nécessité d'un langage sobre, clair et sur la nécessité de contrôler si l'on est bien compris. Il faut ensuite *faire parler* l'enfant et, pour cela, ne pas exiger trop de silence, surveiller l'articulation, le vocabulaire, faire appel aux souvenirs et à l'observation, habituer l'enfant à faire des phrases en préférant la conversation aux autres procédés (récitation, interrogation, jeux de langage).

En terminant, M. Th. Simon compare notre éducation maternelle au système de Frœbel, aujourd'hui abandonné, mais qui par ses procédés, son matériel, a été une étape vers l'enseignement concret, et au système de Mme Montessori dont la *Pédagogie scientifique* lui apparaît d'une grande pauvreté et d'une extrême limitation. La véritable vertu éducatrice de ce dernier système réside uniquement dans le sentiment qui l'anime et dans le crédit fait à l'enfant.

A ces conceptions, M. Th. Simon oppose la clarté, la richesse, la souplesse, l'adaptabilité, la vie de l'Education maternelle telle qu'elle est réalisée chez nous. Le lecteur est amplement convaincu après cet exposé si plein de faits

©BIUM

où se retrouve à chaque page tant d'affectueuse sollicitude pour l'enfant et une telle intelligence de ses besoins intellectuels et physiques.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Les Paranoïaques, par GÉNIL-PERRIN, Médecin-chef des Asiles de la Seine (1 vol. in-8°, 482 pages, in *Bibliothèque de Neurologie et Psychiatrie*, publiée sous la direction du *Professeur Henri Claude* et du *Docteur J. Lévy-Valensi*, Norbert Maloine, édit., Paris, 1927).

Ainsi que l'écrit l'auteur dans l'Introduction de ce livre, la déformation paranoïaque intéresse le médecin et l'homme cultivé : le médecin, parce que, dans son épanouissement suprême, elle constitue une psychose confirmée, le délire d'interprétation ; l'homme cultivé, parce que sa connaissance donne la clef d'une foule de singularités d'esprit, en apparence disparates, dont certaines peuvent réaliser des éléments d'originalité.

Après un exposé historique, M. Génil-Perrin étudie d'abord les paranoïaques délirants, le *délire d'interprétation de Sérieux et Capgras*. La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à la *constitution paranoïaque* et à ses rapports avec ce que Jules de Gaultier a désigné sous le nom de « Bovarysme ». La troisième partie réunit sous le titre de *paranoïaques atypiques* tous les revendicateurs, hypocondriaques, inventeurs, autodidactes, réformateurs, régicides, anarchistes, utopistes, mystiques, éritomanes, jaloux, caractérisés par la tétrade paranoïaque : orgueil, susceptibilité, fausseté du jugement et inadaptabilité.

M. Génil-Perrin fait observer qu'on rencontre certainement dans la vie courante plus de paranoïaques que de pervers, de mythomanes, ou d'anxieux. Leur nombre est en tous cas très nombreux, et leur diagnostic important. Dans une quatrième partie, l'auteur montre comment se conduit le *paranoïaque dans la société* civile et militaire, son rôle comme fauteur de désordre, ses réactions délictueuses ou criminelles. Il indique les mesures de prophylaxie collective et individuelle, de thérapeutique sociale ou de répression pénale qui, dans des cas déterminés doivent être adoptées de préférence. Source importante de criminalité, d'appréciation pénale et administrative souvent difficile, la mentalité paranoïaque doit être bien connue des magistrats et de tous

©BIUM

ceux dont le rôle est de veiller sur l'ordre public. Le livre de M. Génil-Perrin, clair, d'une lecture facile, illustré de nombreux faits cliniques et de nombreux exemples tirés de l'Histoire ou de la Littérature y contribuera certainement.

René CHARPENTIER.

Etude de l'état physique dans la psychose maniaque dépressive, par TORSTEN SONDEN (1 vol., 270 pages, 28 fig., Almqvist et Wiksells Boktryckeri, A.-B., Uppsala, 1927).

Dans cet important travail, fait au laboratoire du Dr Henrik Sjöbring, l'auteur donne, avec de nombreux tableaux, les résultats de ses recherches sur onze cas de psychose maniaque dépressive, étudiant successivement l'état mental, la température, le pouls, la pression artérielle, la respiration, l'état du sang (érythrocytes, hémoglobine, leucocytes, albumine du sérum sanguin, glycémie, urée, créatinine), l'état du système nerveux végétatif (injections d'adrénaline, réflexe oculo-cardiaque, réaction de Loewi).

René CHARPENTIER.

Le développement de l'intelligence chez les arriérés, par le Dr Lucie BONNIS. (Imprimerie A. Commelin, Vannes, *Thèse*, Paris, 1906, 70 pages).

Intéressante étude basée sur l'examen par la méthode des tests de Binet et Th. Simon de 271 enfants du service d'enfants anormaux du Dr Th. Simon à la Colonie de Perray-Vaucluse. Utilisant les méthodes du Dr Th. Simon de limitation des états de débilité mentale, Mlle L. Bonnis arrive aux conclusions suivantes :

Le niveau d'intelligence des arriérés est susceptible de s'élever d'autant plus que le degré d'arriération est moindre et que le sujet est plus jeune.

Pour préciser les progrès de l'intelligence aux divers degrés d'arriération, le retard (différence entre l'âge réel et l'âge mental du sujet) et le quotient d'intelligence (rapport de l'âge mental à l'âge réel) ne suffisent pas. La méthode graphique combinant les données d'âge et de niveau permet la construction de *courbes de développement intellectuel.*

Ces courbes de développement intellectuel permettent de délimiter à tous âges des zones de débilité mentale légère ou profonde et d'imbécillité légère ou profonde, et de prévoir l'évolution mentale de chacun. Elles valent pour la

©BIUM

grande majorité des cas et mettent en valeur ce caractère : les progrès, jusqu'à ce qu'ils s'arrêtent, diminuent chaque année avec l'âge et d'autant plus tôt que le degré d'arriération est plus marqué.

Par leur simplicité, leur précision et leur utilisation facile, ces notions, dues à M. Th. Simon, représentent un progrès considérable pour le diagnostic différentiel et le pronostic des différents états d'arriération intellectuelle. C'est ce que met bien en valeur le consciencieux travail de Mlle L. Bonnis.

René CHARPENTIER.

Les Syndromes mentaux, par A. POROT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine d'Alger. — *Préface* du *Professeur* Henri CLAUDE (*premier fascicule*, 1 vol. in-8°, 370 pages, in *Bibliothèque des Grands Syndromes*, Gaston Doin et Cie édit., Paris, 1928).

Ce premier fascicule est consacré en entier aux états confusionnels. M. Porot y expose successivement avec beaucoup de méthode et de clarté le syndrome confusion mentale, les syndromes mentaux d'origine infectieuse, exo- et endotoxique, d'origine endocrino-végétative, ceux des traumatismes craniens et de la commotion nerveuse, les syndromes confusionnels encéphalopathiques psychogènes et les confusions mentales associées. Ce livre, bien présenté, d'une lecture facile, très didactique, se termine par des notions de thérapeutique. Consacré à l'exposé de syndromes psychiatriques d'observation courante dans la pratique médicale, il rendra aux médecins praticiens les plus grands services. Cela d'autant plus, qu'ainsi que le fait remarquer dans une intéressante préface le Professeur H. Claude, M. Porot expose dans ce livre « la psychiatrie dans un langage à la portée de tout le monde..., sans forger des néologismes réclamant l'usage du dictionnaire, et en évitant cette forme de la pensée à caractère hermétique qui désespère les praticiens ».

Le second fascicule sera consacré aux Etats Constitutionnels, démentiels, délirants chroniques, hallucinatoires, affectifs, anxieux, d'excitation et de dépression, aux syndromes expressifs, et aux états de disjonction de la personnalité. Le succès du premier fascicule rend souhaitable la publication prochaine du second.

René CHARPENTIER.

©BIUM

Sur le mécanisme psychique et les mécanismes psychiques pathologiques. *Ueber Psychomechanik und pathologische Psychomechanismen*, K. FRANKENHAUSER, 1 vol. de 77 p., Strasbourg, Heitz, 1927.

C'est une tentative de rétablir les rapports de la psychiatrie avec la psychologie normale sur des bases physico-chimico-physiologiques.

La cellule corticale est le lieu où se produit et s'élabore notre vie psychique. Chaque sensation modifie et change sa structure. A la structure anatomo-pathologique du cerveau est superposé un système chimico-énergétique, individuel chez chaque homme.

L'agglomération de ces structures appelées par l'auteur « énergides » peut avoir un potentiel statique ou dynamique. Ajoutons l'influence des vaso-moteurs sur la nutrition et l'oxydation de la cellule nerveuse, nous aurons alors le tableau complet de causes dont dépend notre vie psychique.

Les maladies mentales ne sont causées que par l'irrégularité du rythme d'irrigation des cellules psychiques ou par la dysharmonie des « énergides » ou des « énergones » (énergone veut dire un ensemble plus compliqué des « énergides »). L'auteur divise les maladies en psychostatiques, psychodynamiques et psycho-vaso-motrices.

Les premières sont : les impulsions, la paranoïa statique « statische Paranoia » (les quérulents, les inventeurs, les réformateurs, les déséquilibrés de Magnan).

Les maladies psychodynamiques sont : le délire de persécution, d'interprétation, la mégalomanie, la psychasthénie, la démence précoce.

Les maladies psycho-vaso-motrices : la psychose maniaque dépressive, l'épilepsie et l'hystérie.

Enfin les différents troubles peuvent se combiner formant des maladies compliquées dont une des formes est la psychose des dégénérés.

FAG.

Huit leçons de psychiatrie infantile à l'usage des éducateurs, H.-M. FAY. 1 vol. de 62 p. Ed. *Foyer Central d'Hygiène* et l'auteur.

Cinq à six pour cent des enfants qui fréquentent les écoles primaires sont des arriérés ou des anormaux. Pour remédier à cet état de choses, pour pouvoir dépister ces malheureux le plus tôt possible, pour leur donner un traitement médical approprié et les faire éduquer par des spécialistes, l'auteur s'adresse aux instituteurs en leur donnant les notions indis-

©BIUM

pensables pour leur permettre d'indiquer au médecin des écoles ceux d'entre leurs élèves qui présentent quelques signes pathologiques.

L'auteur fait précéder son exposé de deux leçons sur la psychologie normale, décrit quelques types d'enfants, avec leurs différentes tendances, pour les mieux séparer des psychoses qui en sont l'exagération morbide. Il leur parle des arriérés, des encéphalopathes, de ceux qui présentent des troubles d'origine endocrinienne.

C'est un petit livre qui rendra service aux éducateurs qui voudraient collaborer avec le médecin dans l'amélioration de l'enfance arriérée.

Gabriel FAIL.

Les maladies causées par la morphine, Benno HAHN (*Die Morphin-Erkrankungen*). 1 vol. in-8°, 166 pages, Heidelberg, Dr Herbert Grossberger, 1927, 6 marks 80.

C'est tout le problème de la morphine que l'auteur nous présente sous une forme claire et facile à comprendre. Il s'est basé sur les données de la récente littérature et sur son expérience personnelle.

Après avoir passé en revue 30 alcaloïdes de l'opium et 5 préparations opiacées, l'auteur décrit l'intoxication aiguë par la morphine, l'intoxication chronique qu'il distingue de la morphinomanie. Celle-ci « est autant une névrose que l'agoraphobie et l'obsession, autant une maladie que le rhumatisme articulaire aigu ou la fièvre typhoïde ».

Le morphinomane est un névropathe, chez lequel l'auteur a découvert tantôt un refoulement du libido (au sens propre du mot), tantôt une insuffisance de sa force morale dans la lutte pour la vie (le malade voudrait en sortir vainqueur et il cherche le stimulant nécessaire dans la morphine), tantôt l'absence complète de la force dans cette lutte (le malade l'abandonne donc et se réfugie dans la névrose, et dans le cas particulier, dans la morphinomanie). Après avoir décrit la morphinomanie avec tous ses signes physiques et mentaux, l'auteur passe en revue les différents modes de sevrage, avec le traitement psycho-médical qu'il comporte. Il préconise tout particulièrement le sevrage lent, progressif et individuel. Pendant le sevrage, l'auteur emploie une psychothérapie énergique et souvent la psychanalyse pour découvrir les causes de la névrose et pour recréer la personnalité du malade.

L'auteur indique un moyen de prophylaxie très intéressant qui a été employé à New-York : on y délivre un certificat aux malades morphinomanes. Cette mesure permet de dépister les malades, qu'on arrivera ainsi à soigner, sinon à guérir ; elle

©BIUM

débarrassera la société des marchands de toxiques malhonnêtes, car les morphinomanes en état de besoin peuvent se procurer le toxique chez le médecin qui le guidera ; enfin elle soulagera le sort de morphinomanes qui seront désormais à l'abri de marchands malhonnêtes et qui, tôt ou tard, se feront soigner. — Une riche bibliographie complète l'exposé.

Gabriel FAIL.

PSYCHOLOGIE

La Psychologie de l'Enfant et de l'Adolescent, par le Dr G. VERMEYLEN, Agrégé de l'Université de Bruxelles (1 vol. in-8°, 300 pages, Maurise Lamertin édit., Bruxelles, 1926).

Ce livre est le résumé de cours professés par l'auteur à l'Ecole Centrale du Service Social, à l'Institut Supérieur de Pédagogie et à l'Ecole Normale Provinciale du Brabant. L'étude de l'enfant, être en perpétuelle transformation, nécessite la connaissance des diverses étapes de son évolution et forme une utile introduction à la psychologie de l'adulte. Il ne faut pas trop cultiver l'enfant pour lui-même, mais le former en vue de son activité future.

Après un aperçu *historique*, M. Vermeylen résume le *développement du système nerveux* (moelle, encéphale, système endocrino-sympathique), la *genèse et l'évolution des intérêts chez l'enfant* (intérêts perceptifs, moteur et glossique jusqu'à 3 ans, intérêts concrets pendant la deuxième enfance, intérêts abstraits pendant la troisième enfance, intérêts éthiques et sociaux pendant l'adolescence). Il indique, pendant la *première enfance* l'évolution progressive de la vie affective, des éléments perceptifs, moteurs, glossiques et étudie l'éclosion lors de la *deuxième enfance* des tendances éducatives (curiosité, observation, imitation), des activités spontanées (jeu, dessin), des fonctions d'acquisition (attention, mémoire, association des idées).

De 7 à 12 ans, la mentalité de l'enfant se transforme brusquement pour acquérir avant la fin de la 3e *enfance* tous les éléments nécessaires à l'exercice complet de son activité intellectuelle. M. Vermeylen montre comment naissent et se développent les notions abstraites primordiales (temps, espace, nombre, ressemblance et différence, causalité), les grands processus intellectuels (compréhension, jugement, raisonnement, conception, développement des connaissances), le sens des réalités (imagination constructive, suggestibilité, témoignage, altération de la vérité). Il étudie les facteurs qui peuvent faire varier la valeur du

©BIUM

travail intellectuel, sa durée, son intensité, son caractère volontaire ou automatique, les fonctions intellectuelles mises en jeu, et rappelle que c'est la dose d'émotivité qui accompagne le travail de l'esprit qui conditionne la production du surmenage.

Au moment où l'enfant semble avoir acquis tout ce qui lui est nécessaire, sa personnalité entre en conflit avec le milieu social. *L'adolescent* doit s'adapter à la collectivité. De 12 à 18 ans, son adaptation psycho-sociale franchira diverses étapes de préparation, de conflit, d'équilibre. Les tendances altruistes apparaissent. Les sentiments sociaux, moraux, religieux, esthétiques, intellectuels, naissent ou se modifient et se développent. Le caractère, conditionné par l'hérédité, est influencé par le milieu. La personnalité s'affirme. Peu à peu l'adolescent devient adulte ; quel que soit son type, il s'y stabilise définitivement.

Par sa clarté, sa précision, sa riche documentation, les nombreux renseignements qu'il contient, le livre de M. G. Vermeylen rendra les plus grands services aux éducateurs, aux médecins et, à tous ceux qui s'intéressent à l'évolution psychologique et à l'hygiène intellectuelle et morale de l'enfant et de l'adolescent.

René CHARPENTIER.

La détermination des aptitudes par la méthode des tests, *Etude descriptive, expérimentale et critique des* « ARMY MENTAL TESTS », par le Dr Simonne ROUX DE MONTLEBERT, médecin-inspecteur des écoles. *Préface* du *Professeur Pierre Mathieu* (1 vol. grand in-8°, 150 pages, Delachaux et Niestlé édit., Paris, 1926).

Due à MM. Binet et Th. Simon dont les travaux ont ouvert la voie et servent de base à tous les essais nouveaux, la méthode des tests pour la détermination des aptitudes mentales a été utilisée avec succès, pendant la guerre, par les Américains, pour la sélection des recrues. C'est l'histoire de ces tests mentaux de l'Armée Américaine que l'auteur étudie d'abord en détail (confection, application, résultats). La deuxième partie est consacrée à la transposition de ces tests d'anglais en français et à l'analyse des résultats obtenus par leur application à une centaine d'étudiants français. La troisième partie envisage l'application au classement scolaire et à l'orientation professionnelle de ces tests américains en particulier et des tests mentaux en général.

©EHUM

De cet intéressant exposé, avec nombreuses planches et figures, Mme le Dr Simonne Roux de Montlebert conclut que cette méthode est applicable aux collectivités françaises et capable de rendre de grands services dans les écoles primaires et les classes inférieures de l'enseignement secondaire. Dans le problème si complexe de l'orientation et de la sélection professionnelles, l'examen « Alpha » paraît être une épreuve de choix à employer concurremment avec les autres méthodes d'investigation. Les tests bien adaptés et bien conduits sont de nature à apporter une aide précieuse au diagnostic de la valeur des individus et il est regrettable que cette ressource soit souvent trop peu mise à profit.

René CHARPENTIER.

Thèmes psychologiques, par G. SAINT-PAUL (1 vol. in-8°, 124 pages, Vigot frères, édit., Paris, 1926).

L'auteur, médecin principal de l'armée, estime que, de même que les militaires font des thèmes tactiques, tous les esprits qui aiment observer et réfléchir devraient consacrer de temps à autre quelques instants à des thèmes psychologiques. Il traite dans ce livre des sujets suivants : Spiritualisme ou Matérialisme ; Intelligence, Conscience, Mémoire ; Entre l'homme et l'animal ; Langage et Localisations cérébrales ; Le problème de l'aphasie ; Rêve et Freudisme.

René CHARPENTIER.

L'Individu et le Sexe. — Psychologie du Narcissisme, par le Dr A. HESNARD. (1 vol. in-12, 230 pages, in *La Culture Moderne*, Bibl. publiée sous la direction de FLORENT FELS, *Librairie Stock*, Delamain et Boutelleau édit., Paris, 1927).

Les lecteurs des *Annales* connaissent la fécondité de M. Hesnard, en particulier les nombreux et intéressants travaux par lesquels il propage en France la doctrine de Freud et ses conséquences. Depuis la première édition de « la Psychanalyse des Névroses et des Psychoses », à laquelle il collabora avec le regretté Professeur Régis, et dont il désavoue aujourd'hui les critiques, M. Hesnard a publié sur ce sujet plusieurs volumes cités d'ailleurs dans ce nouveau livre. Celui-ci est consacré à l'étude des rapports de l'instinct sexuel avec l'individu lui-même, à l'analyse de l'attitude du sujet à l'égard de sa propre sexualité, à l'appréciation de « l'importance jusqu'ici à peu près inaperçue » de l'Egotisme sexuel, du Narcissisme, « dans les formes les plus

©BIUM

achevées de la culture humaine : Art, Mysticisme et Philosophie ».

Reprenant l'exposé de la psychologie génétique de l'instinct, M. Hesnard rappelle les enseignements de la psychanalyse relatifs à la phase « digestive » de l'instinct sexuel (phases auto-sexuelles de l'instinct, origine commune des tendances nutritives et affectives, etc.), puis à la phase « narcissique » de l'instinct sexuel (rapports du moi et du sexe, psychologie du plaisir solitaire, son influence sur l'évolution instinctive individuelle, etc.), et indique les caractéristiques de la pensée narcissique.

Insistant sur le rôle du narcissisme dans la constitution de la personnalité adulte il conclut que le narcissisme ne se borne pas à façonner ceux des éléments de la personnalité qui participent à la genèse de l'instinct de reproduction, mais se retrouve « au sein même de tous les instincts sociaux », le refrènement des instincts aboutissant à leur « dépersonnalisation morale », à « leur maintien au sein de l'anonymat de la vie affective ignorée ». La survivance de l'égotisme infantile dans l'amour, la régression instinctive (retour des tendances affectives à des stades antérieurs de la vie instinctive, à des phases infantiles de l'instinct) avec réapparition des caractères digestifs permettant de suivre le narcissisme, égotisme épanoui dans une certaine direction, jusque dans son épanouissement suprême chez l'adulte.

Ces survivances chez l'adulte sont encore plus puissantes à l'état morbide qu'à l'état normal. M. Hesnard décrit le refuge narcissique de l'homme malade devant la Maladie et devant la Mort. Mais le narcissisme n'est pas seulement une cause d'angoisse et de dépression. Accepté intégralement par l'individu, l'amour narcissique est au contraire « une merveilleuse source de jouissance ».

La perversion sexuelle comporte un certain infantilisme de l'instinct. L'Homosexualité narcissique et le Narcissisme physique sont les types des perversions sexuelles en rapport avec le Narcissisme.

Le schizophrène réalise le narcissisme intégral, consistant en un repliement absolu de toute sexualité sur soi-même et qui finit par apparaître extérieurement dans la vie pratique et sociale, comme une destruction de l'être moral.

Cela n'empêche pas le Narcissisme — tel que le conçoit M. Hesnard — d'être la plus féconde des tendances humaines essentielles, dérivées des aspirations infantiles. A l'étude

©BIUM

de la culture narcissique, du narcissisme mystique et de ses fondements biologiques, de l'art narcissique, du narcissisme littéraire, métaphysique, M. Hesnard donne comme conclusion l'évidence de la nécessité et de la grandeur du narcissisme, ce merveilleux agent de culture spirituelle qui « est partie intégrante de la personnalité et peut-être la condition instinctive première de tout être moral ».

Ecrit en un style imagé, ce livre semble surtout destiné au grand public. Mais il intéressera tous ceux de nos lecteurs qui, disciples ou non du Professeur Viennois, suivent avec attention les diverses incarnations de la pensée freudienne, les enthousiasmes et les résistances que suscite un Pansexualisme, tantôt à peine avoué, tantôt proclamé presque sans réserves.

L'auteur estime que seuls « certains esprits asservis », incapables d'adopter devant le problème sexuel « une attitude sincèrement objective » pourront repousser ce qu'il a appelé ailleurs « la philosophie de l'instinct ». Le pense-t-il vraiment ? Estime-t-il que ces expressions ou d'autres analogues conviennent parfaitement à des controverses de cet ordre ? Il hésiterait j'en suis sûr, à appliquer cette épithète à maints auteurs qui, sans nier l'importance de la sexualité, ni l'intérêt des travaux psychanalytiques, ne partagent pas avec lui toutes les opinions du Professeur Freud. Personne d'ailleurs, n'est-il pas vrai, n'eût songé à l'appliquer à M. Hesnard lui-même avant sa conversion, ou dans la période, en somme récente, de ses légitimes hésitations.

Le fait aussi que la doctrine psychanalytique a en France moins d'adeptes qu'ailleurs, et de plus tardifs, indiquerait-il que ce pays renferme davantage d' « esprits asservis » ? C'est peu vraisemblable.

Ne cédons pas à la « Toute-Puissance des mots », ceux-ci ayant certainement dépassé la pensée de l'auteur. Mais est-il lui-même bien sûr que l'on puisse adopter vis-à-vis du problème sexuel une « attitude sincèrement objective ». Je le crois pour ma part. Pourtant, cela ne semble pas toujours l'avis de M. Hesnard : « Le psychologue d'observation, « écrit-il, page 219, garde en lui des traces de l'éternelle et « humaine recherche de soi. » La position des psychanalystes vis-à-vis du problème sexuel, serait-elle la seule objective ? Est-elle même sans conteste objective ? Ce n'est pas démontré.

Le plus bel hommage rendu au Professeur Freud et à sa doctrine réside peut-être dans le grand nombre de spécia-

©BIUM

listes psychanalysés suivant le rite de Vienne, et qui viennent affirmer que leur propre expérience concorde avec les enseignements du Maître. Si ces auteurs avertis en ont vérifié et en admettent les hypothèses, que conclure sinon que de si nombreuses observations ne peuvent être vaines ?

Réserve faite cependant que l'erreur consiste peut-être à généraliser des cas qui, pour nombreux qu'ils soient, ne sont que des cas particuliers de prédominance de l'instinct sexuel.

René CHARPENTIER.

Les Tempéraments. ***Essai de Synthèse,*** par le Dr LÉON MACAULIFFE, directeur-adjoint à l'Ecole des Hautes Etudes (1 vol. in-18, 292 pages, 39 fig., N. R. F., Paris, 1926).

Etude de la forme humaine et des enseignements qu'on peut en tirer, ce volume contient, après un historique, un exposé de la morphologie statique et dynamique (types francs ou évolués, primitifs, plats, ronds, tempéraments endocriniens, sympathicotoniques et vagotoniques), cinématique (modifications du tempérament avec l'âge), l'exposé des théories de Pende, de Kretschmer et montre l'intérêt pratique de l'étude des tempéraments.

René CHARPENTIER.

SOCIOLOGIE

Education, Dégénérescence et Prophylaxie sociale, par Henri DAMAYE, Médecin-Directeur des Asiles d'aliénés, expert près les Tribunaux et les Administrations (1 vol. in-12, 268 pages, Félix Alcan, édit., Paris, 1927).

Dans ce livre de « sociologie psychiatrique », M. Henri Damaye désire mettre en évidence les lacunes de l'instruction actuelle, l'insuffisance de l'enseignement des « sciences de la vie », l'influence humanitaire et bienfaisante de la biologie, son utilité pour le bonheur individuel et familial comme pour la paix internationale.

Livre de critique, œuvre de combat, où l'auteur envisage successivement, de son point de vue, les stigmates sociaux de décadence, la dépopulation, le célibat, l'enseignement, l'éducation, le patriotisme, le service militaire, la religion, la criminologie et le droit de punir, la prophylaxie et l'assistance des états psychopathiques. Relevant avec sévérité les lacunes et les erreurs de l'hygiène sociale actuelle, M. Damaye prend courageusement et ardemment position

©BIUM

en des chapitres dont les constatations et les propositions ne sauraient être acceptées sans discussion ni sans réserves. Si certaines pages paraissent dépasser la pensée de l'auteur ou être écrites pour appeler la controverse, d'autres recevront l'approbation de tous.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

CRIMINOLOGIE

Les avantages des Annexes psychiatriques des prisons au point de vue pénal et pénitentiaire, par le Dr VERVAECK, Directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire (11 pages, in *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, mars 1927).

Les lecteurs des *Annales Médico-psychologiques* ont été tenus au courant des résultats remarquables obtenus en Belgique par la création d'annexes psychiatriques des prisons et de laboratoires d'anthropologie pénitentiaire. Ces services fonctionnent maintenant depuis plusieurs années sous l'active direction générale du Dr Vervaeck. Les médecins qui assistèrent en 1924, à Bruxelles, à la 28e session du Congrès des aliénistes et neurologistes, purent en étudier le fonctionnement à la prison de Forest. C'est là une œuvre toute nouvelle, entièrement créée, et qui fait grand honneur à ses auteurs.

Dans cette brochure, après avoir rappelé brièvement l'organisation des annexes psychiatriques des prisons, le Dr Vervaeck enregistre les résultats obtenus et montre les avantages que présentent ces services au point de vue pénal et pénitentiaire. Tant en condamnés qu'en prévenus et qu'en détenus passagers ou vagabonds, le chiffre d'admission qui va chaque année croissant, atteint 1.449 pour les années 1921 à 1926. M. Vervaeck indique par des tableaux récapitulatifs la répartition psychiatrique de ces entrées, la durée de séjour dans le service et les mesures prises après observation. Ces chiffres permettent d'apprécier l'importance des résultats obtenus.

©BIUM

En dehors des soins efficaces qu'elles permettent d'accorder aux vrais malades nerveux ou mentaux, des services qu'elles rendent pour l'expertise des cas difficiles, le dépistage des tentatives de simulation et l'indication des mesures de traitement pénitentiaire rationnel approprié à certains sujets, les annexes psychiatriques ont exercé une influence considérable sur la vie même de la prison en assouplissant certains régimes, prévenant des réactions dangereuses et faisant apprécier à leur juste valeur des actes d'indiscipline ou de protestation. Les Directeurs des Prisons ne sont pas les derniers à en témoigner.

Il y a là un exemple et la discussion prochaine devant le Parlement du projet de loi belge de Défense sociale sera à suivre attentivement.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Principes généraux, technique et résultat du nouveau traitement de la maladie de Heine-Medin (paralysie infantile), par le Dr H. BORDIER, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon (in *Acta psychiatrica et neurologica,* Copenhague, 1927, fasc. I).

Cette méthode, dont M. Bordier a publié les premiers résultats en 1921, consiste en l'association de la radiothérapie médullaire et de la diathermie du ou des membres atteints, avec adjonction, quand cela est nécessaire, de l'électrothérapie (galvanisation) des muscles atrophiés. La radiothérapie doit être commencée le plus tôt possible après la fin de la période fébrile, quand la paralysie s'installe. Cette méthode améliore considérablement le pronostic et l'évolution des formes les plus graves de la poliomyélite et l'on peut dire que la majorité des formes de gravité moyenne ne résistent pas à son action.

René CHARPENTIER.

La radiochirurgie des tumeurs cérébrales, par le Dr L. LARUELLE, Médecin en chef du *Centre Neurologique de Bruxelles* (46 pages, 16 fig. in *Le Cancer, Revue internationale d'études cancérologiques,* Bruxelles, 1927, n° 2).

Le traitement radiochirurgical appliqué dans huit cas de tumeurs intracraniennes a été opérant dans les huit cas. La thérapeutique décompressive préalable, avec clivage duremérien, supprime les accidents du « coup de bélier »

©BIUM

radiothérapique ; elle permet d'emblée les hautes intensités. L'action particulière de l'irradiation a été nette dans les huit cas.

De tous les symptômes, celui qui paraît le plus rapidement, le plus complètement et le plus définitivement influencé, c'est l'œdème papillaire. Les symptômes épileptoïdes et les troubles psychiques sont précocement et semblent électivement influencés. Ce n'est pas en réduisant la masse néoplasique que semble agir la radiothérapie profonde ; ce qui paraît plus vraisemblable, c'est qu'elle tarit l'activité toxique du gliome et modifie l'activité secrétoire des plexus choroïdes.

La radiothérapie profonde agit rapidement, dès les premières applications. L'auteur n'a jamais vu son application intensive être suivie d'accidents graves. On peut observer cependant pendant plusieurs semaines un état passager d'adynamie psychomotrice.

René CHARPENTIER.

Sur l'ensemble des phénomènes irritatifs, sensitifs et autonomes dans les différentes névralgies du trijumeau, WERNOE. *Acta psychiatrica et neurologica,* vol. I, fasc. 4, p. 311, 1926.

Note sur l'apparition de la P. G. et l'influence du traitement antisyphilitique sur la fréquence de cette maladie, Jens-Chr. SMITH. *Acta psychiatrica et neurologica,* vol. I, fasc. 4, p. 346, 1926.

L'auteur étudie, au moyen de statistiques portant sur plus de 50 ans (1870-1927), la fréquence des cas de P. G. par rapport :

1° au nombre d'habitants de Copenhague.

2° au nombre de syphilitiques, en cette ville, 12 ans auparavant, laps de temps qui représenterait la durée d'incubation de la P. G.

Deux graphiques montrent que le nombre de P. G. s'élève parallèlement à celui des habitants jusqu'en 1912 où il décroît. La syphilis s'étendant à cette époque, les courbes « P. G. » et « syphilis » ne sont pas parallèles. — L'emploi du salvarsan semble justiciable de ce non-parallélisme, en abaissant de 4,3 à 3,5 0/0 le nombre de cas de P. G. par rapport à ceux de syphilis : mais, semblable diminution ayant été observée indépendamment de l'emploi du salvarsan, cette constatation ne permet pas à l'auteur de conclure si la « Salvarsan-therapy » abaissera encore le pourcentage de P. G.

FAG.

©BIUM

PSYCHIATRIE

Le caractère prépsychosique de différents psychopathes, F.-J. STUURMAN. *Zeitschrift fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie.* Tome 103, n° 4/5, p. 651, 1926.

Reconstitution de caractères de 173 différents psychopathes avant leur maladie, faite grâce à un interrogatoire de 35 questions adressé aux familles. G. F.

La psychose de Korsakow après l'anesthésie par l'éther, F.-J. STUURMAN. *Nederl. tijdschrift voor geneeskunde.* T. I, n° 15, 1926.

Observation d'une malade atteinte d'un cancer du pylore, qui, opérée sous l'anesthésie par l'éther, additionné de chlorure d'éthyl, présenta ensuite les signes de la psychose de Korsakow. G. F.

La pathogenèse de l'idiotie mongoloïde en lumière de mongolisme chez les jumeaux, KNUD H. KRABBE. *Acta psychiatrica et neurologica.* Vol. I, fasc. 4, 1926, p. 337.

L'auteur, se basant sur les observations de 4 couples de jumeaux où l'un des jumeaux est mongoloïde, et de deux couples où les deux jumeaux sont atteints de cette forme d'idiotie, émet l'hypothèse que le mongolisme doit être causé par une dégénérescence de l'ovule avant sa fécondation.

G. F.

Le traitement de la paralysie générale et d'autres maladies cérébrales syphilitiques par « l'argotropin » et les antisyphilitiques, G. NEVE. *Acta psychiatrica et neurologica.* Vol. I, fasc. 4, p. 360, 1926.

« L'argotropin » est une suspension de collargol dans l'hexaméthylène-tétramine (urotropine). Employé avec le traitement antisyphilitique, il a donné à l'auteur de bons résultats chez 5 de ses malades sur 9. Il préconise la malariathérapie, pour exciter l'organisme et pour le forcer à se défendre, dans l'espoir que le processus, de paralytique qu'il est, devienne simplement syphilitique ; et ensuite, — un traitement vigoureux et à répétition par la méthode combinée « d'argotropin » et antisyphilitiques. G. F.

Le criminel, E.-K. KRASSNUSCHKIN. (*Monatschrift fur Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform*). N° 2, p. 65, 1927.

C'est une étude psychiatrique de 2.150 criminels de la prison de Moscou. La notion de peine ou de représaille étant

©BIUM

abolie, leur séquestration correspond à la préservation de la société contre eux.

Une distinction est faite entre les criminels simples et les récidivistes. Les premiers sont bien traités et on cherche à les réadapter socialement : leur prison a plutôt l'aspect d'un asile. L'auteur ne considère pas tous les criminels comme des psychopathes et il ne croit pas qu'il ne suffise « que de toucher cette âme, restée belle quoiqu'abîmée », pour la délivrer de ses penchants.

Mais il démontre, chiffres en main, que parmi les récidivistes, il n'y a que 23,5 0/0 de normaux. Le reste contient 40,09 0/0 d'arriérés et 35,6 0/0 de psychopathes. Quant aux débutants, 38,1 0/0 sont normaux, les autres sont des arriérés ou des psychopathes.

Suit une étude de causes sociales, pathologiques et toxiques (alcool) qui fournissent ces criminels-psychopathes.

Gabriel FAIL.

Que penser des nouveaux traitements de la paralysie générale, par le Dr REVAULT D'ALLONNES, Médecin-chef de l'*Institut Modèle open-dor*, de Buenos-Aires (in *La Semana Médica*, Buenos-Aires, 1927, n° 13).

Les améliorations obtenues dans la cure de la paralysie générale par l'impaludation et par le stovarsol, dans des établissements spécialement aménagés, font de ces traitements une obligation impérieuse, rigoureuse et précoce.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Psychologie d'une grande mystique contemporaine, par Eugène-Bernard LEROY (42 pages, in *La Grande Revue*, Paris, septembre 1925).

De cette étude basée sur le livre récent de M. Albert Houtin et sur la critique d'un document inédit, M. Eugène-Bernard Leroy conclut qu'il s'agit dans ce cas particulier d'une « fausse mystique » dont la réputation s'est fondée sur l'intrigue et sur la simulation. De cette histoire se dégage pour le psychologue une leçon de prudence. Elle montre, aussi, combien il est difficile et hasardeux, en un sujet particulièrement délicat, d'étudier la psychologie d'un mystique en l'isolant, comme on le fait parfois, de son milieu.

René CHARPENTIER.

©BIUM

Etudes psycho-galvaniques sur 64 étudiants en médecine, par HANS-C. SYZ (15 pages in *The British Journal of Psychology,* juillet 1926).

Travail de la Clinique Psychiatrique du Professeur Ad. Meyer (Henry Phipps Psychiatrie Clinic, Johns Hopkins, Hospital Baltimore). Etude des rapports du réflexe psycho-galvanique et de l'émotion chez 64 sujets normaux, avec comparaison des courbes respiratoires.

René CHARPENTIER.

BIBLIOGRAPHIE

Ponction lombaire (Les accidents de la — et leur traitement) (1).

Les accidents consécutifs à la ponction lombaire, pour rares qu'ils soient, n'en sont pas moins un inconvénient sérieux de cette intervention.

Targowla et Lamache (2) en distinguent plusieurs catégories :

1° *Les accidents par hypotension.* — Céphalée progressive, assez tardive, s'exagérant lorsque le malade se lève ou s'assied la tête verticale, calmée au contraire par le décubitus dorsal. Cette céphalée, localisée à la nuque, s'accompagne généralement de nausées ou de vomissements, avec tachycardie et baisse de tension artérielle.

Cette hypotension peut persister plusieurs jours ; on tendait jusqu'ici à la rattacher à la déperdition prolongée du liquide par l'orifice de la ponction ; il ne semble pas réellement que les syndromes d'hypotension prolongée puissent reconnaître en général une telle pathogénie : ces accidents ne se rencontrent à peu près jamais en effet chez les P. G. et dans les psychoses avec inertie du système végétatif ; le fait qu'ils coïncident en général avec une diminution parallèle de la sécrétion urinaire, donne à penser qu'ils résultent plutôt d'une sorte d'inhibition fonctionnelle des plexus choroïdes sécréteurs du liquide céphalo-

(1) Extrait de l'*Année médicale Pratique,* volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.) — 25 0/0 de réduction aux souscripteurs.

Envoyer avant le 15 mars : 20,75 (pour l'étranger : 24 fr.) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e).

Comptes chèques postaux, 712.04.

(2) *Pratique médicale française,* mai 1927. (B).

©BIUM

rachidien. C'est, en somme, une réaction d'angio-spasme avec ralentissement sécrétoire, qui se produit particulièrement chez les sujets à réflectivité végétative exagérée, et que provoque surtout le choc produit par un écoulement trop rapide.

2° *Les accidents par hypertension* ont été déjà signalés par Guillain, Alajouanine et Lagrange. Il est souvent difficile de les différencier des accidents d'hypotension. Ils apparaissent, comme eux, quelques heures après la ponction, mais leur durée est, en général, plus grande et ils peuvent persister pendant plusieurs jours. Ils se caractérisent aussi par la céphalée, mais souvent plus intense, et que ne calme pas le décubitus dorsal ; le pouls est plutôt ralenti et la tension artérielle n'est pas modifiée. L'examen du fond d'œil révèle une indiscutable hyperhémie pupillaire. Une nouvelle ponction montre, en effet, une tension rachidienne plus élevée.

Plus nettement encore que dans les cas d'hypotension apparaît ici l'intervention de réactions sécrétoires. On ne peut admettre, en effet, d'autre explication que l'hypothèse d'une vaso-dilatation et d'une hypersécrétion des plexus choroïdes consécutive à la ponction.

Ce sont des réactions en sens inverse des premières, et qui ne semblent se produire, comme du reste celles-ci, que chez les sujets présentant une certaine hyper-sensibilité des centres nerveux végétatifs régulateurs de la sécrétion choroïdienne.

3° *Les accidents par réaction inflammatoire des méninges* sont certainement beaucoup plus rares ; ils se caractérisent par l'apparition au bout de quelques heures d'un syndrome méningé ; céphalée, vomissements, raideur de la nuque, rachialgie. Ils s'accompagnent d'une légère ascension thermique, et sont, en général, plus persistants que les simples accidents d'hypo ou d'hypertension.

Ils peuvent résulter parfois peut-être d'une légère infection accidentelle ; mais le plus souvent, ils semblent dus au réveil d'une réaction inflammatoire dans des méninges préalablement irritées ; on en a par exemple observé quelques faits chez des sujets atteints de P. G. ou de syphilis méningée ;

4° Targowla et Lamache décrivent enfin, à côté de ces différents accidents, quelques faits qu'ils réunissent sous le nom d'accidents de choc, tant à cause de leur apparition rapide et brutale, au cours ou à la suite de la ponction, qu'en raison de leur intensité.

©BIUM

Il nous semble plutôt qu'il s'agit de faits du même ordre que les deux premiers groupes, mais se produisant avec une particulière violence.

Etiologie et traitement. — Si nous mettons à part les accidents de réaction méningée inflammatoire, on voit, en somme, que les accidents de la ponction lombaire traduisent le plus souvent soit des réactions d'angio-spasme et d'hypo-sécrétion des plexus choroïdes, soit, au contraire, des phénomènes de vaso-dilatation et d'hyper-sécrétion.

Ils se produisent manifestement avec une fréquence plus grande chez les sujets présentant une instabilité spéciale, une excitabilité anormale des systèmes végétatifs régulateurs.

Ils éclatent surtout à la suite de ponctions trop rapides ou trop abondantes qui semblent provoquer par des ruptures brusques de l'équilibre tensionnel du liquide céphalo-rachidien des réactions réflexes particulièrement violentes.

Le *traitement prophylactique* de ces accidents consisterait donc logiquement dans l'administration préalable d'un comprimé de gardénal, et surtout dans la *lenteur* de la décompression rachidienne. Il est particulièrement nécessaire, chez les sujets prédisposés, de pratiquer la ponction avec des aiguilles fines et de limiter le débit de l'écoulement.

Comme les accidents d'hypotension sont de beaucoup les plus fréquents, on peut, d'autre part, les prévenir ou les atténuer par l'administration systématique de *théobromine* (0,50 cgr. ou un gramme), qui excite la sécrétion choroïdienne de la même façon que la sécrétion rénale.

Après leur apparition, les syndromes d'hypotension peuvent céder à une ou deux injections intraveineuses de 40 à 60 cc. d'eau distillée.

Les accidents d'hypertension sont, en général, rapidement soulagés par la simple ingestion de cent grammes de sirop de sucre, pris à doses fractionnées tous les quarts d'heure et renouvelés si c'est nécessaire. Au besoin, une deuxième ponction lombaire, lentement décompressive pourrait être envisagée.

Quant aux accidents de choc, ils semblent particulièrement justiciables de l'*adrénaline*, en injections sous-cutanées de un quart à un milligramme, associée à l'injection intra-veineuse ou sous-cutanée de sérums salés ou sucrés isotoniques.

J. TINEL.

©BIUM

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Le Congrès d'Edimbourg (18-23 Juillet 1927)

La *British medical Association*, vieille dame de 95 ans, fut, à l'origine, et est restée un groupement professionnel, qui réunit près de 37.000 adhérents à la date actuelle. Depuis 1867, elle a ajouté à ses réunions des sections scientifiques dont le nombre, progressivement croissant, est aujourd'hui de 21. Tous les ans, elle tient une sorte de Congrès sur le modèle de ceux que nous connaissons et qui a lieu dans la ville où demeure le président en exercice. Celui de 1927, Sir Robert Philip, exerce à Edimbourg, cité gracieuse et accueillante où enseigna longtemps Lister. Or, ce dernier naquit il y a tout juste un siècle. Aussi le Congrès de cette année empruntait-il une solennité exceptionnelle à la célébration du Centenaire de la naissance de Joseph Lister et une cordialité particulière à l'hospitalité écossaise.

Certains présidents de sections invitent volontiers quelques médecins étrangers à venir assister aux réunions de leur spécialité. D'autre part, la « Medico-psychological Association », qui vient d'être autorisée par lettre patente à ajouter l'épithète « Royal » à son titre, faisait coïncider sa réunion annuelle avec celle de la British medical Association et priait la Société médico-psychologique de déléguer des représentants ; celle-ci désigna MM. René Charpentier, Henri Colin et René Targowla. Invités et délégués tout à la fois, nous retrouvâmes à Edimbourg six autres médecins français, de telle sorte que la délégation française se trouva être la plus nombreuse, malgré l'absence de M. Charpentier retenu au dernier moment; elle était composée de huit membres présents : MM. Armand-Delille, Blum, Colin, Cruchet, Guillain, Rist, Targowla et Tuffier. A la vérité, je rétablis ici l'ordre alphabétique exact car, sur la liste des « Hôtes étrangers », le professeur Blum de Strasbourg figurait en tête des délégués Allemands. En fait, l'aplanotopokinésie du Secrétaire, sincèrement navré d'ail-

©BIUM

leurs de son lapsus, s'étendait des bords du Rhin à son embouchure : il n'hésitait pas à offrir encore à la nation ex-ennemie l'hommage d'un éminent confrère de Groningue, poussant peut-être un peu loin, au gré même des sujets de la maison d'Orange, l'hospitalité de Doorn.

Qu'on ne se méprenne point sur mes intentions : cette révélation ne sert aucun ténébreux dessein de politique internationale. Je veux simplement faire remarquer qu'il n'y a pas que les Français de par le monde pour ignorer la géographie. Sur bien d'autres points du reste notre réputation est surfaite, tel le chapitre des décorations : alors que les savants pectoraux des confrères de tous pays s'ornaient en toutes occasions de glorieuses brochettes et leurs cols de scintillantes cravates, les revers français soulignaient leur modestie d'un mince ruban, la ponctuaient parfois d'une minuscule rosette. Et ces messieurs, si peu décorés, ne redemandaient même pas de pain à table, trempaient ainsi qu'il sied leurs pommes de terre à l'anglaise dans la sauce à la menthe du gigot. Il est vrai qu'ils surent aussi apprécier la chère succulente, le saumon glacé de la Tay, gloire de la cuisine locale et le *Scotch Haggis*, que l'on apporte au son d'un *bag-pipe* et que l'on déguste après avoir avalé d'un trait un verre de whisky.

Nos connaissances sur le Français, du moins le médecin français, en voyage doivent donc être entièrement révisées à la lumière des progrès récents révélés au Congrès d'Edimbourg. Mais avant d'aborder la partie proprement psychiatrique de ce dernier, il convient de rendre un juste hommage à sa parfaite organisation. L'urbanité et l'hospitalité britanniques sont de notion classique ; les acquisitions cliniques et expérimentales les plus modernes n'y sauraient rien ajouter. Nous devons à la fois à nos hôtes des félicitations sans réserves pour le complet succès qui a répondu à leur brillant effort et des remerciements chaleureux pour la réception courtoise et cordiale qu'ils nous ont faite.

De l'accueil sympathique qui nous fut réservé, c'est aux aliénistes avant tout qu'il faut savoir gré. Parmi eux, les docteurs Hubert Bond, Lord, Hamilton Marr, Donald Ross sont déjà connus chez nous. Tous les noms seraient à citer, d'ailleurs, et je me garderai d'omettre, avec celui de Sir Arthur Rose, président du « Board of Control » écossais, « laïc » très averti des choses psychiatriques et hôte fort aimable, ceux des docteurs Buchanan, Mac Phail, Mac Rae, du Pr Bramwell. Mais un nom mérite ici plus qu'une mention : celui du professeur George-M. Robertson. Grand érudit et

©BIUM

savant aliéniste, ami précieux de la culture française, il est l'actif protagoniste d'une intime union psychiatrique franco-britannique. Rappellerai-je que nous lui devons l'idée première de la commémoration, en 1922, de la thèse de Bayle ? Un autre fait plus récent est sans doute moins connu : alors qu'il était encore assistant de Sir Thomas Clouston, à l'asile de Morningside, Robertson avait identifié au-dessus de l'ancien porche d'entrée un buste de Pinel. Ce buste avait été placé là en 1838 par le premier aliéniste écossais, Christison, disciple direct du maître ; c'est donc l'Ecosse qui, longtemps avant la France même, rendit à Pinel le premier hommage de cet ordre. L'éminent professeur écossais en tire une fierté flatteuse pour la psychiatrie française ; par une délicate attention, il voulut que la *Royal medico-psychological Association* commémorât aussi la mort de Pinel, et une cérémonie très simple, à laquelle assistèrent plusieurs délégués français, réunit les membres de l'Association autour de ce buste de Pinel. Des discours furent prononcés ; le plus apprécié par nos hôtes fut à coup sûr celui de M. Colin. Le lendemain, nous allâmes, au nom du Comité du Centenaire de Pinel, déposer une gerbe sur la tombe de Cullen, dans un frais cimetière de campagne ; le geste était dû aussi à l'initiative de M. Colin. Je dois dire, du reste, qu'une part importante de l'estime dont nous honorent nos collègues anglais est liée à la grande sympathie qu'ils ont pour sa personne; sa connaissance parfaite de la langue et de la sensibilité britanniques n'est pas son moindre avantage: il le fit voir en plusieurs circonstances et nous ignorons trop l'excellent travail qu'il a accompli dans les milieux médicaux du Royaume-Uni en faveur de la psychiatrie française. Il était juste que cela fût dit ici-même et ce compte rendu, écrit pour les aliénistes français, m'eut paru incomplet si les deux noms unis de Robertson et de Colin ne m'avaient servi de préambule.

⁂

La *Royal medico-psychological Association*, qui avait spécialement invité la Société Médico-Psychologique à se faire représenter à sa réunion annuelle, fit au Dr René Charpentier et à moi-même, délégués avec le Dr Henri Colin (depuis longtemps membre honoraire), l'honneur de leur réserver ses deux places vacantes de membre correspondant. Elle discutait cette année une question psychiatrique, une question neuro-psychiatrique et une question de législation.

©BIUM

La première était intitulée : *de l'infection chronique comme cause de désordres psychiques.* Sa moindre particularité n'était pas d'avoir pour rapporteur un médecin étranger à la psychiatrie, le Docteur William Hunter. Ce n'est point, d'ailleurs, que le Docteur Hunter n'eût aucune qualité pour traiter pareil sujet : dès février 1899, il communiquait à *l'Odontological Society* un mémoire sur « les affections dentaires dans leurs relations avec les maladies générales » et, en janvier de l'année suivante, il inaugurait le siècle et une longue série de publications par un travail sur « l'anémie pernicieuse. Sa relation avec l'infection de la bouche et de l'estomac ». Depuis lors, il est resté le défenseur le plus autorisé du rôle joué en pathologie par les infections focales, non seulement dentaires mais amygdaliennes, gastriques, intestinales, génito-urinaires, etc. Bien qu'il eut noté dès le début de ses travaux l'importance de ces foyers discrets d'infection dans le déterminisme des affections du système nerveux, il s'appuie surtout pour son rapport, sur les publications de Henry Cotton et de Chalmers Watson en ce qui concerne les psychoses.

Les types mentaux plus spécialement en rapport avec les infections en foyers « sont ceux qui portent les titres de démence précoce, folie maniaque dépressive, états paranoïdes, psycho-névroses, psychose toxiques ». « Ceux-ci constituent, nous apprend aussitôt l'auteur, la grande proportion des admissions dans nos asiles » (ce qui n'est pas pour surprendre) et il conclut plus loin, avec un flegmatique enthousiasme, que la découverte du rôle joué par les infections focales dans les troubles mentaux marque le début d'une « ère nouvelle » en psychiatrie. Il propose le terme de « psychoses septiques » pour désigner toutes ces psychopathies dues aux multiples foyers d'infection — surtout streptococcique — que l'on peut trouver dans l'organisme des aliénés. Il s'attache particulièrement aux infections focales dentaires, insiste sur l'intérêt primordial que présente l'histoire dentaire complète des malades depuis leur jeune âge et sur l'importance du degré de septicité qui conditionne la psychose ; il fait remarquer notamment que la gravité des accidents psychopathiques est liée à la gravité du foyer d'infection : à ce point de vue la lésion d'une molaire est très grave car, à raison de trois racines par dent, quatre molaires infectées représentent douze foyers, soit l'équivalent des huit incisives et des quatre canines qui ne sont, elles, pouvues que d'une seule racine. L'auteur a d'ailleurs établi des degrés dans la gravité des foyers septiques

©BIUM

et il les chiffre pour les cas courants : 1°, 2°, 3° ; chez les psychopathes, cette intensité s'élèverait à 5° et 10° de son échelle. Enfin, pour faire ressortir l'importance de l'œuvre thérapeutique à accomplir au cours de l'ère nouvelle qui vient de s'ouvrir, il montre l'énorme masse d'infection focale chronique que représentent les quelque 133.000 pensionnaires des asiles britanniques avec leurs dents cariées, leurs amygdales cryptiques et leurs intestins rétentionnistes.

Il va sans dire que cette conception un peu simpliste des psychoses n'a pas rencontré une approbation unanime. Les critiques n'ont manqué ni à la dénomination de psychoses septiques, ni à leur singulière extension, extension qui se justifie mal d'ailleurs par les exemples, empruntés aux publications de M. Cotton, dont l'auteur a illustré son rapport : un cas de dépression mélancolique chez une femme de 52 ans et un cas de manie aiguë chez une jeune fille.

Il faut cependant savoir que la notion introduite en pathologie mentale par W. Hunter et H. Cotton a été favorablement accueillie en Angleterre ; la stase intestinale en particulier a retenu l'attention de certains aliénistes qui la traitent par la « cure de Plombières » ou grandes entéroclyses quotidiennes. Il est évident, au surplus, que c'est rendre service aux malades que les débarasser des foyers latents d'infection chronique qui contribuent à les débiliter et, fût-ce à ce seul titre, les travaux de l'auteur ne doivent pas rester méconnus.

⁂

La seconde question, traitée en collaboration par les psychiatres et les neurologistes, portait sur *l'encéphalite léthargique.*

Cette question provoqua de nombreuses communications, notamment de M. Guillain et de M. Cruchet. Elle est bien connue en France et a fait, il y a quelques années, l'objet d'un rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française. Je me bornerai donc ici à un résumé des rapports. Le premier, dû à M. Ivy Mackenzie (de Glasgow) traite de *considérations épidémiologiques.* Pour l'auteur, l'E. E. est bien une nouvelle entité morbide dont 1° l'agent toxique, bien qu'il ne soit pas connu, n'est ni celui de la grippe, ni celui de la poliomyélite ni celui de l'herpès ; 2° les localisations toxiques dans le système nerveux sont spéciales et distinctes de celles d'autres encéphalites non purulentes ; 3° les séquelles, bien qu'étant le sceau de la maladie, ne sont

©BIUM

pas des phases de l'infection, mais les phases d'une tentative d'adaptation ; 4° l'histoire des épidémies successives à Glasgow montre un changement de type clinique qui n'a d'équivalent dans aucune affection du système nerveux central.

M. Mc Kenzie consacre trois lignes à l'agent pathogène, pour dire qu'il est inconnu et aborde aussitôt l'anatomie pathologique. Un des traits essentiels est l'absence de lésions macroscopiques s'opposant à l'accentuation des manifestations cliniques ; il y a là un contraste marqué avec d'autres encéphalites non purulentes (E. grippale, gravidique, maladie de Wernicke, etc.). Les altérations microscopiques sont différentes à la phase aiguë et au stade parkinsonnien. A la période aiguë, elles sont diffuses et revêtent un caractère inflammatoire modérément aigu ; elles tendent à être plus marquées dans les noyaux de la base du cerveau et dans le cerveau moyen, spécialement le locus niger. On peut d'ailleurs trouver des foyers dans l'écorce, la protubérance, le bulbe, les cornes postérieures de la moelle ; les cornes antérieures sont indemnes. La réaction inflammatoire est moins intense que dans la poliomyélite et la grippe et tout à fait différente de ce que l'on trouve dans la maladie de Wernicke et l'encéphalite gravidique, laquelle est essentiellement hémorragique et non véritablement inflammatoire.

En ce qui concerne le syndrome parkinsonnien, les lésions les plus prononcées sont dans le locus niger ; mais la dépigmentation, la dégénération des neurones, la démyélinisation, la réaction névroglique, les légères altérations vasculaires de cette région doivent-elles être interprétées comme une inflammation, c'est-à-dire un processus dans lequel l'agent infectieux est encore actif ? L'aspect histologique ne ressemble pas à ce que donnent certaines affections chroniques du système nerveux, comme la syphilis, la tuberculose, le paludisme, la trypanosomiase. D'autre part, dans certains cas, les ganglions de la base peuvent être légèrement touchés. On peut se demander si la dégénération de la « substantia nigra » est une lésion isolée rendant compte des phénomènes cliniques, à la façon dont la dégénérescence des cornes antérieures explique les symptômes de la poliomyélite ou la destruction de la zone motrice l'hémiplégie cérébrale. « Il est plus vraisemblable que les séquelles parkinsonniennes sont l'expression d'un désordre fonctionnel de tout le compendium de réflexes en relation avec les noyaux de la base, le cerveau moyen et l'appareil vestibulaire, et intervenant dans la régulation de ces phases de pos-

ture automatique qui rendent possible le mouvement volontaire. » Dans les stades aigus, les lésions comprennent toute la série des centres nodaux de corrélation entre les noyaux caudés et les noyaux vestibulaires ; une atteinte aussi étendue est probablement la base d'un dérangement originel de la fonction et les altérations du locus niger peuvent être aussi bien une production accessoire qu'un facteur du processus morbide.

Il ressort des investigations anatomiques que les toxines de l'encéphalite ont une affinité spéciale pour les grands centres corrélateurs du système nerveux, c'est-à-dire pour la substance grise de la voie afférente du système proprioceptif, pour certains noyaux de la base et pour les cornes postérieures ; il n'existe pratiquement aucune lésion du cortex, des noyaux rouges et des cornes antérieures. Il convient d'opposer à ces caractères la prédilection des toxines de la grippe pour l'écorce, et des toxines de la poliomyélite pour les cornes antérieures.

L'auteur aborde ensuite l'étude des séquelles. Chez l'enfant, les troubles émotionnels, les désordres du comportement, les impulsions involontaires et conscientes peuvent être attribués au fait que la maladie est intervenue de bonne heure dans la phase de développement et que « la dissolution neurale s'est produite dans les structures basales avant que les centres d'association du cerveau se soient solidement unis les uns aux autres et aux centres inférieurs qu'ils sont destinés à contrôler. » En ce qui concerne le syndrome parkinsonnien de l'adulte, on trouve, diversement combinés dans cette unique séquelle caractéristique, des traits de deux maladies distinctes, la paralysie agitante et la catatonie. On pourrait dire qu'il s'agit d'une paralysie agitante avec troubles végétatifs, d'une catatonie sans la stupeur. Il est inconcevable que des troubles aussi variés soient dûs à des altérations confinées au locus niger, de la même manière que la paralysie infantile est due à la destruction des cornes antérieures. Les parties du névraxe originellement atteintes sont essentiellement celles dont l'association commande les mouvements posturaux et automatiques nécessaires au contrôle volontaire par l'activité corticale. Ce groupement de réflexes a ses nœuds d'intégration dans les ganglions de la base, le cerveau moyen, les noyaux vestibulaires et les cornes postérieures de la moelle. Il est connu des physiologistes sous le terme de système proprioceptif ; il semble que les séquelles parkinsoniennes soient dues à un trouble fonctionnel de ce système en rapport avec la lésion

©BIUM

d'une de ses parties utiles aux stades initiaux de l'encéphalite. Elles ne sont pas liées à l'activité persistante de la toxine primitive, mais au fonctionnement perturbé d'un système proprioceptif désadapté. Mackenzie les compare aux réactions périphériques (œdèmes, épanchements) qui sont une tentative d'adaptation pathologique du système circulatoire à une lésion du cœur, centre capital de ce système.

Dans un très court chapitre terminal, l'auteur indique les types cliniques dominants observés de 1918 à 1924 à Glasgow. Il signale, en particulier, quelques cas dans lesquels l'affection se présenta sous l'aspect d'une sclérose en plaques (clonus du pied, signe de Babinski, absence des réflexes abdominaux, nystagmus) ; la somnolence apparut ultérieurement et à l'autopsie on ne trouva aucune plaque de sclérose, mais les lésions de l'encéphalite dans les noyaux de la base et les cornes postérieures.

J'ai longuement résumé le mémoire de M. Ivy Mackenzie qui apporte des considérations générales intéressantes, encore que passibles de critiques. Je passerai plus rapidement sur celui de M. J. Godwin-Greenfield qui fait une excellente revue critique des recherches faites sur le virus de l'encéphalite et l'histologie pathologique de l'affection et celui de M. Robert Macnab-Marshall, lequel, après avoir étudié succinctement l'importance du cours évolutif de la maladie au point de vue clinique, consacre quelques considérations aux séquelles dans leurs rapports avec la phase aiguë, l'âge et le sexe des sujets, à l'état mental de l'enfant instable et pervers en insistant particulièrement sur ses caractères maniaques ; enfin, son dernier chapitre a trait aux affinités cliniques du syndrome parkinsonien : il s'efforce d'en établir les différences avec la maladie de Parkinson et les points de contact avec la catatonie dont, à son avis, il est plus voisin que de la paralysie agitante.

Dans un dernier rapport, M. George Riddoch envisage les aspects neurologiques de la forme chronique : syndrome parkinsonien, mouvements involontaires, désordres respiratoires, symptômes pyramidaux et atrophies musculaires, troubles endocriniens, enfin le syndrome asthénique qui peut constituer, au moins pendant un certain temps, l'essentiel du tableau clinique ; sensation de fatigue physique et psychique, incapacité d'agir diffèrent dans ces cas de la myasthénie grave et de la neurasthénie et peuvent se compléter ultérieurement des éléments parkinsonniens.

©BIUM

La dernière question, traitée par le professeur G.-M. Robertson, a trait à la modification de *la loi anglaise sur les aliénés.*

Le problème de l'assistance aux psychopathes, de la prophylaxie et du traitement des affections psychiques se pose dans le Royaume-Uni comme en France ; son évolution est parallèle dans les deux pays. Depuis longtemps, le besoin d'une mise au point de la législation se fait sentir et des projets de réforme sont mis à l'étude en même temps qu'en marge de la loi, ou si l'on veut la devançant, des réalisations personnelles se font jour. C'est ainsi qu'en France on discute toujours les modifications à apporter à la loi de 1838 pendant que le Conseil général de la Seine crée l'hôpital Henri Rousselle ; en Grande-Bretagne, la discussion s'amorce et se poursuit à son tour, tandis que le professeur Robertson va prochainement inaugurer à Edimbourg un service libre, pour lequel il a fait un certain nombre d'emprunts à la création du Dr Toulouse; ce service fonctionnera en dehors de la loi sur les aliénés, de ces « lois promulguées dans le but de réduire la somme de la misère humaine et qui, en fait, l'ont accrue ».

Il ne s'agit pas d'ailleurs ici des services libres mais de la modification essentielle à apporter à la loi anglaise sur les aliénés. L'auteur rappelle tout d'abord que le « Lunacy Act » pour l'Ecosse remonte à 1857 et que sa procédure a conquis la confiance générale bien qu'elle ne fasse intervenir, pour l'internement ou la sortie des malades, aucune influence extra-médicale ; il ajoute que depuis sa mise en activité, aucun cas de séquestration arbitraire n'a été déféré aux tribunaux. Cette loi s'inspire d'ailleurs en partie de la loi française de 1838. En Angleterre proprement dite, la loi ne remonte qu'à 1890 ; elle est purement administrative et judiciaire et « faite pour le bien de l'aliéné, elle s'est révélée, dans la pratique, à son détriment ». Cependant, une Commission nommée pour l'étudier n'a relevé aucun cas de détention arbitraire et rappelle que cinquante ans auparavant, une commission parlementaire avait déjà fait la même observation négative. Ces constatations tout à l'honneur du corps médical, montrent bien que la terreur des atteintes à la liberté individuelle ne doit plus être la base de l'assistance aux psychopathes.

En dehors des constatations que nous venons de rappeler, la Commission royale anglaise observe encore que le stigmate du certificat d'aliénation mentale atteint fortement à

©BIUM

la fois le sujet et sa famille ; que l'internement devrait être la dernière ressource et non le préliminaire du traitement, formule qui reproduit presque textuellement celle que j'employai il y a quelques années dans une étude sur le certificat d'internement ; que les moyens de traitement libre sont actuellement très limités et devraient être considérablement étendus ; que le problème de l'aliénation mentale est essentiellement un problème d'hygiène publique et doit être envisagé de la même manière que les autres problèmes d'hygiène ; que la dominante a été dans le passé la détention, qu'elle doit être dans l'avenir la prévention et le traitement.

Cette commission distingue deux modes de traitement : volontaire et non volontaire. Le premier ne donne lieu à aucune considération particulière. Le second se subdivise en trois catégories :

1° L'ordre d'urgence, signé par une personne quelconque avec la « recommandation » d'un médecin, recommandation qui n'est pas, il faut le noter, un certificat d'aliénation. Cet « ordre » est valable pour sept jours ;

2° L'ordre de traitement provisoire qui exige l'intervention personnelle du juge et est prononcé sur la « recommandation » d'un seul médecin ; il vaut pour six mois et est basé sur le pronostic : guérison probable dans le délai ci-dessus ;

3° L'ordre de réception, d'une durée indéfinie, prononcé par le juge après enquête et sur un certificat d'aliénation délivré par deux médecins. Il peut être prononcé d'emblée ou à l'expiration de l'ordre provisoire.

Le Professeur Robertson n'émet aucune objection à ce dernier système et se borne à affirmer l'inutilité de l'intervention judiciaire active. Il préconise « l'appel médical » qui existe déjà en Ecosse depuis soixante-dix ans et a donné toute satisfaction puisqu'aucun cas de séquestration arbitraire n'a pu être relevé ; il consiste en l'examen du malade par deux médecins indépendants, l'autorité judiciaire et administrative ne venant jamais en contact direct avec le malade dans une parodie, par un profane nécessairement ignorant, de l'exercice médical. En ce qui concerne l'ordre de traitement provisoire, il demande qu'il soit appuyé sur la « recommandation » de deux médecins au lieu d'un seul avec droit « d'appel médical » entraînant la suppression de la visite et de l'examen du malade par un magistrat ; de plus, il devrait être renouvelable et basé non sur un « pronostic de guérison » mais sur le fait que la maladie n'est

©BIUM

pas confirmée et que le traitement est poursuivi « en vue de guérison ». Le sujet tomberait sous le coup du troisième mode de placement, lorsque l'affection devenue incontestablement incurable, la thérapeutique passerait au second plan, la question de la liberté du malade restant la seule à envisager.

⁂

On voit que les travaux de la *Royal Medico-psychological Association* méritent d'être connus des aliénistes français ; ils sont pleins d'enseignements et montrent tout le profit que pourraient tirer d'une interpénétration plus intime psychiatrie et psychiatres des deux pays pour le plus grand bien des malades.

René TARGOWLA.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine

Séance du 27 décembre 1927

Rapport sur le secret médical

présenté au nom d'une Commission composée de MM LETULLE, *président*, LE GENDRE, COUVELAIRE, BRAULT, BROUARDEL, LEGRY, DE LAPERSONNE, SERGENT et BALTHAZARD, *rapporteur*.

Les exigences croissantes des particuliers, des administrations privées et publiques mettent en péril la notion du secret médical qui, depuis quarante ans, paraissait confirmée dans le sens le plus absolu par la jurisprudence, après l'arrêt de la Cour de cassation dans l'affaire du Dr Watelet (19 décembre 1885).

Le médecin ne doit, en aucun cas, révéler le secret dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession, même lorsque la révélation est plutôt utile que nuisible à son client, même lorsque le médecin se trouve en état de défense légitime et que son honneur professionnel est en jeu.

Sur les conseils de Brouardel les médecins ont, avec raison, interprété cette jurisprudence de la Cour de cassation

©BIUM

dans le sens du silence constant et absolu ; ils refusent de révéler le secret confié par le malade ou découvert par eux à l'occasion de l'examen du malade, et ne se départissent pas de cette conduite, même quand le malade prétend les relever de l'obligation du secret.

Les médecins estiment également qu'ils sont dispensés de témoigner en justice sur les secrets qu'ils ont connus à l'occasion de l'exercice de leur profession ; la jurisprudence les a approuvés et a même admis qu'il ne devait être tenu nul compte d'une déposition faite en violation de l'art. 378 sur le secret professionnel.

La Commission que vous avez nommée pour étudier l'état actuel de la question du secret médical vous invite donc à proclamer une fois de plus que *la loi et la jurisprudence sont d'accord en France pour imposer au médecin le silence le plus absolu*, lorsqu'il est sollicité soit par les particuliers, soit par les administrations privées ou publiques, soit par la justice, de révéler la nature des maladies qu'il a observées chez ses clients.

Les médecins ne se départissent de cette règle que pour délivrer aux malades et blessés des certificats indiquant les maladies ou lésions dont ils sont atteints. Cette pratique trouve sa justification dans le fait que les certificats sont remis aux malades eux-mêmes qui les utilisent pour faire reconnaître leurs droits en justice dans les affaires d'accidents de droit commun, d'accidents du travail, de coups et blessures, etc. ; les faits que les médecins certifient en pareil cas, existence d'une entorse, d'une fracture, etc., n'ont rien de secret par eux-mêmes et les médecins restent libres de refuser le certificat au cas où celui-ci, pour être honnête et consciencieux, contiendrait certaines révélations nuisibles aux intérêts du malade ou devant rester ignorées du malade lui-même. En aucun cas les certificats ne peuvent être remis à des tiers, conjoint ou parents du malade, héritiers d'un défunt, ou à des Compagnies d'assurances (assurances sur la vie) ou à des administrations publiques (assistance médicale gratuite, diagnostic des causes de la mort, etc.).

Votre Commission vous invite à protester contre la prétention des administrations départementales qui, se basant sur un arrêt du Conseil de Préfecture de Châlons-sur-Marne (27 mai 1927) n'ayant rien de définitif, émettent la prétention d'obtenir communication du diagnostic des maladies traitées chez les assistés. Elle vous demande également de condamner l'usage de la délivrance par le médecin traitant

©BIUM

d'un certificat indiquant la cause de la mort ; cette pratique, instaurée par un grand nombre de municipalités, et non des moins importantes (Lyon, Marseille, etc.), dans le but d'esquiver les frais de vérification médicale des décès, présente les plus graves inconvénients.

Le médecin est conduit, pour préserver la mémoire du défunt, à porter un diagnostic erroné (hémorragie cérébrale pour syphilis cérébrale, par exemple), et dans les cas suspects, où la révélation du diagnostic constituerait une véritable dénonciation, à jouer sur les mots (péritonite pour avortement, œdème de la glotte pour blessure par coup de feu, etc.).

Le refus de délivrer le certificat de décès dans les cas suspects, suivant la pratique des hôpitaux, n'est pas moins dommageable pour le défunt et pour sa famille, ce refus aboutissant à attirer l'attention de la justice sur les causes de la mort, dans tous les cas où le médecin traitant a l'habitude de délivrer ces certificats de décès.

Tel est l'état actuel de la question du secret médical ; les médecins doivent garder le silence constant et absolu sur les faits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession, même en justice. Une seule tolérance s'est établie dans la délivrance au malade lui-même de certificats indiquant les lésions dont il a été atteint au cours d'accidents, à condition que ces certificats ne contiennent rien de nuisible pour le malade, rien qui soit secret par sa nature même.

L'article 378 du Code pénal doit être interprété par les médecins comme une interdiction absolue de révéler les secrets médicaux à qui que ce soit, comme une dispense complète de témoigner en justice, hormis les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, à savoir dans la déclaration des maladies évitables et dans la déclaration des décès.

Cette situation ne comporte-t-elle pas des abus et mérite-t-elle d'être modifiée ? Insistons de suite sur ce point que la modification des règles qui régissent actuellement le secret médical, étant donné la constance de la jurisprudence, nécessiterait l'intervention du législateur et la modification de la loi.

Deux mémoires ont été récemment adressés à votre Compagnie, dans lesquels les auteurs indiquent les abus auxquels donne lieu la conception actuelle du secret médical et proposent les remèdes à apporter à cette situation.

Tandis que le Dr Gallois est avant tout frappé de l'im-

©BIUM

possibilité où l'observation du secret médical place le médecin traitant de jouer le rôle de défenseur de son malade en révélant les choses qui peuvent lui être utiles, M. Perraud-Charmentier se lamente surtout de l'obstacle qu'apporte le secret médical à l'action de la justice répressive.

Le Dr Gallois estime que le secret médical résulte d'une simple convention entre le médecin et son malade, par laquelle le premier s'interdit de révéler quoi que ce soit qui puisse être nuisible au malade. Dans cette hypothèse, le malade a tout pouvoir pour délier le médecin du secret professionnel : le médecin peut alors intervenir en justice dans un sens favorable au malade inculpé de quelque délit ou crime, ou simplement revendiquant une indemnisation pour les dommages accidentels qui lui ont été causés.

Cette doctrine, très commode en pratique, ne répond pas à la réalité des faits. Si le secret médical était uniquement d'ordre privé, comment expliquerait-on le privilège dont les médecins entendent jouir en justice et la dispense de témoigner qu'ils revendiquent ? Comment comprendrait-on également que l'Etat puisse intervenir dans cette convention privée pour obliger le médecin à déclarer les maladies évitables et les naissances ?

En vérité le secret médical est bien d'ordre général ; comme l'a fort bien dit Garçon, « le bon fonctionnement de la société veut que le malade trouve un médecin, le plaideur un défenseur, le catholique un prêtre ». Le secret médical doit donc rester intangible, hormis les cas où le législateur a décidé que la société avait un intérêt supérieur à sa violation ; encore est-il nécessaire que le législateur énumère limitativement les cas où il impose la violation du secret. Dans l'intérêt de la tranquillité des familles, nous veillerons d'ailleurs à ce que l'extension de la violation du secret professionnel ne soit ni trop rapide, ni trop étendue, et à ce que subsiste une tradition médicale qui est l'une des causes de l'agrément de la vie familiale en France.

M. Perraud-Charmentier a le mérite d'avoir recherché dans l'ancienne jurisprudence de nos Parlements la tradition juridique relative au secret professionnel, qu'il envisage d'ailleurs non seulement au point de vue médical, mais dans les professions les plus variées. Il montre avec raison qu'il faut nettement distinguer la révélation des secrets faite par des professionnels à des particuliers et la dispense de témoigner en justice. La première relève du Code pénal, la seconde du Code d'instruction criminelle.

Autant il est désirable que soient étendues les professions

©BIUM

où la divulgation des secrets, venus à la connaissance dans l'exercice de la profession, expose à des pénalités, surtout quand la divulgation est faite dans le but de nuire, autant doit être restreinte la dispense de témoigner en justice. La différence est en effet immense entre celui qui trahit un secret à lui confié en raison de sa profession et celui qui sollicite de la justice l'autorisation de ne pas déposer sur les faits qu'il a connus en raison de la confiance que lui témoignait le malade. Le premier doit être puni ; le second peut être autorisé par le magistrat à conserver intact son honneur professionnel.

La distinction sur laquelle nous venons d'insister à la suite de M. Morizot-Thibault éclaire tout le débat. Des règles communes ne sauraient convenir aux deux circonstances et il y a longtemps que nous soutenons l'opinion que le médecin, dans certains cas, peut témoigner en justice si sa conscience lui commande de révéler certains faits, même secrets, dût-il risquer la pénalité prévue par l'article 378. Souvent, d'ailleurs, il se trouvera placé entre deux obligations légales également impératives, l'une qui lui prescrit d'observer le secret professionnel, l'autre qui lui ordonne de dénoncer les crimes dont il a eu connaissance ; en pareil cas, il doit écouter la voix de sa conscience et parler s'il juge que l'intérêt de son malade l'exige ou s'il estime qu'un crime commis sur son malade ne doit pas rester impuni.

Telle est la ligne de conduite qui doit prévaloir et que M. Perraud-Charmentier appuie sur la théorie du secret médical d'ordre public relatif, un ordre public supérieur pouvant autoriser la levée du secret, en particulier devant la justice.

Ainsi donc, il serait désirable par des dispositions législatives nouvelles de préciser que l'article 378 s'applique aux révélations faites à des particuliers ou à des administrations privées ou publiques, l'obligation au secret résultant alors d'un contrat entre le malade et son médecin. Dans ces conditions, il serait toujours loisible au malade de délier son médecin du secret, ce dernier lui remettant les certificats dont il peut avoir besoin, soit pour faire valoir ses droits, soit pour établir son innocence. Les mêmes dispositions législatives préciseraient que la dispense de témoigner en justice pour le médecin peut être levée soit par le malade lui-même, soit par la conscience du médecin, si le malade est absent ou décédé. C'est en vain que l'on objecterait que le malade est inapte à dégager le médecin du secret professionnel, ignorant souvent quelles sont les révélations que

©BIUM

peut faire le médecin à la suite de son examen ; car le médecin resterait toujours libre de ne rien dire qui pût être défavorable à son client.

Ainsi se trouverait ramené à son véritable motif, à savoir l'intérêt du malade, l'obligation du secret qui apparait aujourd'hui comme une sorte de privilège destiné à défendre l'honneur de la corporation médicale. Le secret médical n'a pas été fait pour la commodité du médecin, mais dans l'intérêt du malade et dans l'intérêt de l'ordre public.

Pour nous résumer, nous vous proposons d'approuver les conclusions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la loi et de la jurisprudence, le médecin ne saurait violer le secret médical en dehors des cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur (déclaration obligatoire de certaines maladies d'une liste arrêtée, déclaration des naissances). L'usage l'autorise à remettre au malade lui-même des certificats indiquant les lésions dont il a été atteint, à la suite d'un accident, par exemple, à la condition que le certificat ne renferme rien qui soit secret par nature, rien qui puisse nuire aux intérêts du malade.

2° Il serait désirable que le législateur fit une distinction nette entre la révélation des secrets faite dans le but de nuire au malade et le témoignage en justice dont l'opportunité serait laissée à la conscience du médecin. Le malade devrait toujours pouvoir délier du secret son médecin qui se garderait de rien dire de nuisible pour le malade. Ainsi se trouverait confirmée dans la pratique la théorie d'après laquelle le secret médical n'est pas seulement la conséquence d'un contrat entre le malade et le médecin, qu'il est d'ordre public relatif devant céder le pas devant un ordre public supérieur. Le législateur garde le droit d'obliger le médecin à violer le secret médical quand cet intérêt supérieur l'exige, mais il importe que l'extension de la violation du secret ne soit imposée que dans les cas où l'intérêt général est clairement démontré (déclaration de maladies évitables, des maladies professionnelles, des naissances, etc.).

Société clinique de médecine mentale

Séance du 14 janvier 1928

Paralysie générale ; délire hallucinatoire, par MM. H. Beaudouin et Moigneau. — Les auteurs présentent deux observations : 1° celle d'une malade, fille de paralytique générale, chez laquelle les troubles mentaux sont apparus progressi-

©BIUM

vement et qui, après un traitement à domicile, a présenté brusquement des phénomènes nouveaux, parmi lesquels des hallucinations. Impaludation. Fixation des troubles hallucinatoires, avec minimum de délire explicatif.

2° celle d'une seconde malade, traitée il y a 5 ans pour troubles oculaires, et qui depuis 18 mois environ, présente un automatisme mental à formules multiples, mais fixes ; idées d'influence, intervenant en particulier comme thème explicatif d'un achoppement syllabique très net.

Erotomanie papale chez une schizophrène en évolution. Valeur de l'intuition délirante dans l'érotomanie, par MM. Roger DUPOUY et Jean PICARD. — Les auteurs rapportent l'observation d'une schizophrène de 23 ans (constitution schizoïde, désaffectivité familiale, rêveries autistiques, rétrécissement progressif du champ de l'activité pragmatique dont la déviation affective et les tendances imaginatives ont donné naissance à un syndrome érotomaniaque à l'égard du Pape. Si le syndrome correspond à tous points aux postulats énoncés par M. de Clérambault le point de départ a été intuitif et les auteurs insistent sur le mécanisme psychologique particulier.

Délire de persécution consécutif à une encéphalite aiguë, par MM. L. MARCHAND, J. PICARD et A. COURTOIS. — Début des troubles mentaux à l'âge de 33 ans par un épisode confusionnel aigu avec inversion du rythme du sommeil, stupeur, narcolepsie et catatonie ; hyperalbuminose avec élévation du taux des globulines du liquide céphalo-rachidien. Peu à peu disparition de l'état confusionnel, mais apparition d'un délire de persécution avec troubles du caractère, automatisme psychosensoriel. Pas de constitution mentale anormale, ni de troubles mentaux antérieurs. Quelques symptômes font craindre une évolution vers la démence paranoïde.

Démence précoce par méningo-névraxite, par L. MARCHAND. — Une femme, sans antécédents particuliers, présente, à l'âge de 28 ans, un état d'inertie, d'indifférence. Au cours de cet état chronique apparaît à l'âge de 36 ans une phase aiguë de confusion mentale qui nécessite l'internement. Dans la suite, affaiblissement intellectuel, inertie, suggestibilité, accès de rire, impulsions coléreuses. W. négatif. Mort à 39 ans. A l'examen micrographique, lésions méningées, cérébrales et bulbaires de nature toxi-infectieuse, les unes stabilisées, les autres encore en évolution et comprenant, outre les lésions cellulaires corticales, des nodules infectieux de la périvascularite, de la satellitose.

©BIUM

Délire épisodique de persécution par ectopisme mental chez une paysanne, cuisinière à Paris, par MM. Paul Courbon et Vie. — Présentation d'une vieille fille de 53 ans, qui, malgré un séjour de 20 ans à Paris comme cuisinière, est restée totalement réfractaire aux mœurs citadines. Méfiante, avare, solitaire, lente dans ses pensées et ses gestes, sans curiosité, répugnant aux distractions de la ville, n'aspirant qu'à se retirer à la campagne dès qu'elle aura assez économisé pour le faire, elle a la mentalité des paysans d'avant l'ère des automobiles et de la télégraphie sans fil. Elle est déplacée dans le milieu social où elle vit et cet « ectopisme mental » semble avoir favorisé l'éclosion d'une bouffée délirante apparue à l'occasion de sa ménopause. Revenant du pays natal où elle était allée passer plusieurs semaines pour acheter la maison familiale où elle espère finir ses jours, elle trouva l'appartement parisien vide par suite du départ de ses patrons en vacances. Privée de leur réconfortant voisinage et toute émue du voyage récent, elle greffa un état d'anxiété psychique sur l'angoisse physique ménopausique. Et sa méfiance ethnique de paysanne exagéra la forme de persécution délirante du syndrome.

L. Marchand.

Société de Psychiatrie

Séance du 19 janvier 1928

Relations de la psychose maniaque-dépressive avec les crises de migraine, d'épilepsie, d'asthme ou d'urticaire. — MM. Tinel et Lamache rapportent un certain nombre d'observations où se montrent entre ces divers syndromes de curieuses associations, alternances ou substitutions, dont ils étudient les diverses modalités. Toutes ces affections semblent bien constituer une véritable famille pathologique, obéissant aux mêmes lois, soumises à des mécanismes pathologiques à peu près identiques et capables d'exercer les unes sur les autres de remarquables actions suspensive. Cette notion de parenté est des plus importantes puisque chaque progrès accompli dans l'étude ou le traitement de l'une quelconque de ces maladies est légitimement valable pour toutes les autres.

Résultats de la Phlycténothérapie dans le traitement des crises d'excitation, de dépression ou de confusion mentale. — M. Tinel utilise couramment depuis plusieurs années les

©BIUM

injections de vésicatoire. Il estime que c'est un excellent procédé thérapeutique, provocateur d'une légère ascension thermique, d'une assez forte réaction leucocytaire avec éosinophilie modérée et qui réalise une indiscutable stimulation des activités organiques. Il semble donner de bons résultats surtout dans les formes subaiguës et traînantes d'excitation maniaque ou d'agitation anxieuse : mais il se montre impuissant dans les grandes crises d'excitation ou de confusion aiguës, de même que dans les états dépressifs profonds, faute, sans doute, d'une possibilité de réaction de la part d'un organisme en état d'inertie végétative.

Un cas de schizophasie avec glossomanie et syndrome de jeu. — MM. SCHIFF et COURTOIS présentent un malade dont la désagrégation mentale se traduit surtout par un langage extrêmement dissocié renfermant de nombreux néologismes. L'activité pragmatique demeure cependant intacte. Cette prédominance de la dissociation dans le langage réalise le type de la schizophasie telle que l'a isolée Kræpelin. Les auteurs insistent ici sur l'élément de jeu qui intervient dans la création glossolalique.

Régression de paralysie générale par la Phlycténothérapie. — MM. P. COURBON et G. FAIL présentent une paralytique générale qui, entrée il y a un an dans un état de démence avec amnésie, désorientation, incohérence mégalomaniaque, dysarthrie, séro-réactions positives et cachexie physique, fit, à la suite de 5 injections de sérosité de vésicatoire, faites à six jours d'intervalle, une régression considérable. Disparition du délire, retour complet de la mémoire, conscience de la nature pathologique des troubles mentaux. Physiquement les forces et l'embonpoint avaient réapparu. Le B.-W., la lymphocytose et l'albuminose persistèrent.

A. CEILLIER.

©BIUM

VARIÉTÉS

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Année 1929)

Prix Belhomme. — 1.000 francs. — Question : *Les hallucinations psychomotrices verbales.*

Prix Esquirol. — 200 francs et les œuvres de Baillarger. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale.

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1928, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Henri Colin, secrétaire général de la Société médico-psychologique (22, rue Gay-Lussac, Paris). Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise contenant les noms et adresses des auteurs.

---

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des Asiles de France candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes.

3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au Trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Préparation à l'examen d'Etat d'infirmier ou d'infirmière du personnel des Asiles d'aliénés de la Seine

Le Président de la République française,

Vu le décret du 27 juin 1922, modifié par les décrets des 19 février 1923, 18 juillet 1924, 25 novembre 1924, 24 juin 1925 et 9 mai 1926 et notamment son article 1er ;

Vu le décret du 6 octobre 1926 et vu les délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date des 25 mars et 25 novembre 1927 ; sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Décrète :

Article premier. — La préfecture de la Seine est autorisée à préparer à l'examen d'infirmiers et d'infirmières professionnels le personnel hospitalier appartenant à ses cadres permanents au moyen d'un enseignement théorique s'étendant sur une année et comprenant les cours théoriques prévus au programme minimum type établi pour l'enseignement des écoles reconnues administrativement préparant à l'examen d'Etat et enseignés dans les écoles dites départementales, créées par la préfecture de la Seine dans les asiles d'aliénés de la Seine.

Art. 2. — Un examen théorique éliminatoire sanctionnera cette année d'études. Il sera subi devant un jury d'Etat nommé à cet effet.

Art. 3. — Le personnel des cadres permanents, ayant subi avec succès l'examen d'Etat théorique, poursuivra durant une période de quatre années les stages pratiques déjà effectués pendant la première année, ces stages devant s'effectuer dans les salles de médecine et chirurgie et dans les différents quartiers de l'Asile.

Art. 4. — Un examen final d'ordre pratique après ces cinq années d'études, passé devant un jury d'Etat, nommé à cet effet, confèrera le diplôme d'Etat aux candidats ayant satisfait aux différentes épreuves pratiques.

Art. 5. — Pendant la période transitoire s'étendant de l'année 1924 à l'année 1928, les examens théoriques subis avec succès dans les écoles départementales, en fin d'années d'études, par le personnel des cadres permanents des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine, recevront l'équivalence de la partie théorique de l'examen d'Etat visé à l'article 2 du présent décret et ce, par arrêté, sur proposition de l'administration précitée.

©BIUM

Art. 6. — Les dispositions ci-dessus seront applicables aux établissements publics d'aliénés des départements qui auront une organisation de cours analogue à celle des asiles d'aliénés de la Seine.

Art. 7. — Le Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 décembre 1927.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
André FALLIÈRES.

(*Journal officiel*, 21 janvier-29 janvier 1928).

LE PROFESSEUR CLAUDE A COPENHAGUE

Répondant à l'invitation qui lui avait été adressée par la Faculté de Médecine de Copenhague, le professeur Claude a donné une série de conférences au Rigshospitalet.

La presse danoise a longuement rendu compte de ces réunions et le *Politiken* a reproduit le discours prononcé par le doyen, le professeur Wimmer, lorsqu'il présenta le professeur Claude. M. le professeur Wimmer fait un parallèle entre la méthode allemande, étayée principalement sur des travaux de laboratoire, et le système français où l'étude clinique constitue la base des recherches et de la thérapeutique. Il expose en détail les résultats obtenus par les deux pays et conclut que le domaine de la psychiatrie, après avoir été longtemps le fief presque exclusif de la science germanique, était devenu aujourd'hui en grande partie français.

« Il s'est répandu une opinion trop dominante, dit le professeur Wimmer, d'après laquelle la science psychiatrique commence et finit avec la science allemande. L'autorité du Traité de Kræpelin est arrivée presque à égaler celle de la Bible de Luther. On voit des médecins aliénistes, même des plus compétents, ignorer que non seulement le plan d'ensemble, mais une grande partie du travail de Kræpelin sur les « Unités pathologiques » se retrouvent dans la littérature psychiatrique française du siècle dernier. Les Allemands le savent d'ailleurs aussi bien que nous. »

Puis, ayant décrit les travaux de Pinel, Esquirol, Bayle, Falret, Legrand du Saule, Baillarger, Magnan, qui exposa les

©BIUM

états mixtes, etc., il rappelle que depuis son origine, la psychiatrie française s'est toujours caractérisée par l'observation clinique, la description plastique, la richesse et la finesse des observations isolées, les analyses claires ayant horreur des parenthèses hypothétiques et surtout métaphysiques, les synthèses ne renonçant qu'à contre-cœur à la base sûre de l'observation clinique. Toutes ces qualités sont étroitement liées à l'esprit français dans la recherche scientifique. L'excellente psychiatrie allemande s'est appliquée à approfondir davantage l'analyse des troubles de l'esprit ; elle s'est attachée aussi à la synthèse plus grande, souvent trop grande, qui devient intenable à la longue.

« Il en a été de la psychiatrie française ce qu'il en est souvent de l'arbre fruitier qui, pendant de nombreuses années, a porté des fruits magnifiques en abondance. Les grandes conquêtes avaient été faites et le beau respect que l'on a pour les paroles du maître, respect qui a de profondes racines dans le tempérament français, a, pour ainsi dire, atténué un peu l'audace des jeunes psychiatres qui ont hésité à donner une nouvelle formule aux questions qui se posent et à attaquer les vieux édifices embellis par la patine du temps. Le développement puissant, à cette époque, des cliniques allemandes de psychiatrie, disposant d'excellents laboratoires, permettant l'application de toutes les méthodes de recherches auxquelles a donné lieu l'orientation biologique de la médecine moderne, a certainement contribué à atténuer l'élan de la psychiatrie française.

« Ainsi mises en regard de l'étude française « purement clinique », les recherches psychiatriques allemandes pouvaient facilement présenter un aspect « d'exactitude moderne » qui, cependant, n'était pas toujours justifié par le résultats des recherches.

« Je considère qu'à présent, la psychiatrie française est « en marche » vers de nouveaux horizons, tout en conservant ses vénérables traditions cliniques. »

Le professeur Wimmer retrace le *curriculum vitæ* du professeur Claude, analyse rapidement ses nombreux travaux, rappelle le séjour à Copenhague du professeur Roussy, et termine en disant que, « en tant que conférencier, le professeur Claude se distingue quelque peu de l'orateur français pleine de « vivacité », à l'éloquence « bouillante » et aux gestes « grandiloquents ». Il parle avec calme, sans trop de fleurs de rhétorique et sans gestes inutiles. C'est son art de présenter les faits avec simplicité, avec critique, en parlant un français limpide qui n'a pas besoin de décors. »

(*La Presse Médicale*, 28 décembre 1927).

©BIUM

NEUVIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE

Ce Congrès se réunira à l'université d'Yale (New-Haven, Connecticut, U. S. A.) en août ou septembre 1929, sous la présidence de M. J. Mc. Keen Cattell, de New-York, secrétaire pour l'étranger, M. Herbert S. Lawfeld, de l'Université de Princeton.

C'est la première fois que le Congrès international de Psychologie a lieu en Amérique. Les précédents congrès ont eu pour siège : Paris (1889), Londres (1892), Munich (1896), Paris (1900), Rome (1905), Genève (1909), Oxford (1923), Groningue (1926).

Les organisateurs se proposent de désigner des étrangers chargés de faire des conférences dans les Universités, mais cette désignation s'adresserait seulement aux psychologues qui parlent anglais.

CROISIÈRE ANNUELLE DE BRUXELLES-MÉDICAL

La Croisière médicale annuelle organisée par *Bruxelles-Médical* s'effectuera cette année à bord du paquebot de grand luxe *Brazza*.

Un prix médical forfaitaire complet sera établi.

Seuls les médecins et leur famille seront admis à bord. Le voyage durera du 29 juillet au 18 août, avec escales à Bordeaux, La Corogne, Vigo, Leixoes (Porto), Funchal, Sta Cruz de Ténériffe, Las Palmas, Casablanca, Ajaccio, Marseille.

N. B. — Un train spécial conduira les passagers de Paris à Bordeaux (quai du *Brazza*). Le trajet de la Corogne à Vigo se fera par auto, avec visite de Saint-Jacques de Compostelle. — Porto : visite de la ville et des environs. — Madère : visite de l'île. — Ténériffe : visite de l'île et excursion au Pic de Ténériffe. — Las Palmas, visite de la Canarie. — Casablanca (excursion à Rabat et Salé. Facultatif : Meknès ou Mazagan). — Ajaccio : circuit de Corse.

Renseignements et inscriptions dès maintenant à la *Section des Voyages de Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 35.693

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Services ouverts, quartiers d'observation et placement direct à l'Asile

Sous l'impulsion de M. Paul Strauss, la Commission de l'Hygiène du Sénat étudie actuellement le projet de loi portant modification de la loi du 30 juin 1838, présenté en 1924 par l'ancien Ministre de l'Hygiène .Elle a tenu à demander l'opinion de plusieurs aliénistes. Deux tendances différentes se sont ainsi affirmées.

La première, représentée brillamment par M. Toulouse, est nettement révolutionnaire. Il s'agit de faire table rase de l'ancien régime et d'appliquer des données entièrement nouvelles. « Cette antique personne, écrit M. Toulouse en parlant de la Loi de 1838, ne peut plus rien comprendre à

©BIUM

l'assistance actuelle qui spécialise les moyens d'action selon les cas, cherche moins à réglementer qu'à traiter et s'oriente surtout dans le sens de la prophylaxie... » Cette loi qui n'a prévu que l'internement pour la cure de la folie donne en outre trop de puissance à un seul médecin, souvent incompétent, celui qui signe le certificat joint à la demande de placement volontaire. Quant à l'autorité administrative à qui on a donné le droit de prescrire, sans expertise psychiatrique préalable, le placement d'office, elle détient un pouvoir abusif.

On connaît la conception de M. Toulouse. L'asile devient un hôpital psychiatrique ouvert, sur le modèle de l'hôpital Henri-Rousselle que lui-même a fondé à Paris ; les malades y entrent sans formalités légales. L'internement, réservé aux malades dangereux, ne pourra être ordonné sans un examen préalable par un psychiatre désigné par l'autorité publique, et devra être sanctionné par le tribunal dans le délai d'un mois. L'organisation ne s'adresse pas seulement aux malades, elle a l'ambition de protéger les sujets normaux ; d'où la création de centres régionaux de prophylaxie mentale, chargés de la sélection des écoliers, de la détermination des aptitudes professionnelles, de l'examen des immigrants, de l'expertise des délinquants, de la diffusion des principes d'hygiène dans tous les milieux.

On ne saurait nier le caractère grandiose de ce projet et les sentiments généreux qui l'ont inspiré. Il mériterait un examen approfondi que le cadre restreint de cette chronique ne permet pas d'entreprendre. Il s'agira simplement ici de l'Assistance aux malades atteints d'affections mentales. La loi

©BIUM

de 1838 est-elle à ce point désuète et néfaste qu'il faille en réclamer l'abolition ? Ou bien l'expérience de près d'un siècle en a-t-elle montré la valeur et suffit-il de l'amender en y ajoutant quelques dispositions nouvelles, comme le propose M. Paul Strauss ? Cette seconde tendance est celle de nombreux médecins des asiles. Elle a été défendue par le Dr Raynier dans ses rapports de l'Inspection générale et dans l'ouvrage qu'il a consacré, avec le Dr Beaudouin, à l'*Aliéné et les Asiles d'Aliénés*. C'est à elle que se sont ralliés, devant la Commission d'Hygiène du Sénat, les représentants de l'Association Amicale des Médecins des Asiles et, plus récemment, M. Henri Colin.

⁂

Un service « ouvert », au sens littéral du mot, est un établissement où non seulement l'on entre sans formalités, mais d'où l'on peut sortir librement. Il est évident que cette formule ne peut être appliquée à la lettre à des individus atteints de troubles mentaux. Un malade, calme au début, peut s'agiter, devenir violent, s'échapper ; un confus, un anxieux, cherchent fréquemment à s'enfuir. J'entends bien qu'en pareil cas la porte du service « ouvert » reste solidement close, mais alors en quoi se distingue-t-il d'un asile « fermé » ? Comme je ne sache pas que les « hôpitaux psychiatriques » disposent de moyens thérapeutiques supérieurs à ceux des asiles d'aliénés, il reste pour toute différence que, dans le premier cas, on aura évité aux malades la fameuse « tare de l'internement ».

Ici encore il y aurait beaucoup à dire. Je me contenterai de citer l'opinion d'un aliéniste parti-

©BIUM

culièrement qualifié par sa grande expérience des services ouverts. Dans une note recueillie par le Dr J. Raynier, qui me l'a aimablement communiquée, le professeur Raviart s'exprime ainsi :

« ...Cet avantage (la suppression de l'internement) considéré, lors de la création, comme l'un des plus importants, l'expérience en a singulièrement réduit la valeur. Qu'on supprime ou transforme l'internement, qu'on change la terminologie, tout sera illusoire tant que l'éducation du public ne sera pas faite. Pour le public il n'y a pas d'asile, il n'y a pas d'aliénés, il n'y a pas d'internement, il y a le mot : les fous... Au risque de décourager les zélés protagonistes de nouveaux modes d'assistance, si ouverts soient-ils, quelle que soit la dénomination : hôpital, hôpital psychiatrique ou autrement, le service ouvert sera rapidement qualifié de maisons des fous... L'essentiel est d'aboutir à une assistance précoce et efficace des psychopathes. »

La question est ainsi excellement posée. Ce qui importe c'est que les malades atteints d'affections mentales soient hospitalisés, le plus rapidement possible, dans des établissements spécialisés où ils seront confiés à un personnel compétent. A ce point de vue, la solution apportée par les « services ouverts » offre évidemment un grand intérêt. Mais il ne faudrait pas laisser croire qu'elle soit sans inconvénients. Le plus important de ceux-ci, a été signalé depuis longtemps et, à ma connaissance, il n'y a pas été répondu, jusqu'à présent, de façon satisfaisante : les services ouverts échappant au contrôle de la loi de 1838, les malades sont ainsi privés des garanties qu'ils tiennent de cette loi ; en particulier, ils ne bénéficient d'aucune

©BIUM

mesure spéciale pour la protection de leurs biens. C'est revenir au régime antérieur à 1838, régime qui avait donné lieu, dans cet ordre d'idées comme dans les autres, à des abus certains que la loi du 30 juin 1838 a eu précisément le mérite de faire disparaître.

⁂

On est donc amené à se demander si la loi de 1838, mieux appliquée et amendée, ne serait pas susceptible d'être mise en harmonie avec les tendances modernes.

Il est certes inutile et vexatoire de déclarer dangereux pour la sécurité publique et d'interner d'office, par arrêté préfectoral, des aliénés inoffensifs ou des malades atteints d'affections mentales légères et curables. Mais il est dans la loi de 1838 un mode de placement supprimant ces formalités : c'est le placement volontaire, qui s'applique non seulement aux malades aisés, mais aussi aux malades indigents (art. 25).

Les motifs pour lesquels ont est arrivé, dans nombre de départements, par une méconnaissance absolue du véritable caractère de la loi de 1838, à assimiler tout placement d'indigent à un placement d'office, les raisons qui plaident au contraire pour l'extension du placement volontaire ont été excellemment exposés dans les rapports des Inspecteurs généraux de 1911 et de 1923, ainsi que dans l'ouvrage de Raynier et Beaudouin.

L'utilisation systématique du placement volontaire gratuit, tombé presque partout en désuétude, améliorerait considérablement la situation actuelle, surtout si on y adjoignait le placement spontané, proposé par M. H. Colin, et adopté par M. Strauss. Placement volontaire gratuit et placement spontané

©BIUM

permettent l'hospitalisation, sans formalités vexatoires, de tous les malades atteints d'affections mentales ne pouvant être soignés à domicile et non dangereux. Ils leur permettent de quitter librement l'asile (sauf, bien entendu, si leur état s'aggrave et nécessite ultérieurement d'autres mesures). Ils ont sur le service ouvert soumis à la loi de 1893, l'avantage de faire bénéficier les malades des dispositions de la loi de 1838 relatives à la protection des biens. Enfin, ils peuvent être réalisés dans tous les asiles, sans constructions nouvelles.

Pour obtenir cette amélioration, on peut procéder de deux façons différentes :

A) Sans mesures législatives nouvelles. Il suffirait d'inviter par circulaire les conseils généraux à modifier les dispositions qu'ils ont prises en exécution de l'article 25 de la loi de 1838 et de la circulaire du 14 août 1840, et à décider :

1° Que les malades placés à l'asile en vertu de l'article 25 soient reçus dans les mêmes conditions que les aliénés placés d'office, c'est-à-dire sans que leur nombre soit à l'avance limité.

2° Que la quote-part des collectivités intéressées soit *constante*, quel que soit le mode de placement.

B) Dans l'éventualité d'oppositions locales, il paraît préférable d'inscrire les dispositions précédentes dans un texte législatif modifiant certains articles de la loi de 1838 et d'y préciser le caractère obligatoire, pour les collectivités, des dépenses de l'assistance aux aliénés. C'est la solution qu'ont préconisée, devant la Commission d'Hygiène du Sénat, les représentants de l'Association amicale des Médecins des Asiles.

©BIUM

⁂

Pour que le placement volontaire gratuit remplisse efficacement son rôle d'assistance, il faut qu'il soit réalisé dans les conditions de rapidité que nous avons reconnues indispensables. Actuellement, dans tel département qui y a recours on attend, avant de placer le malade, les résultats de l'enquête sur la situation de fortune des familles et l'arrêté préfectoral réglant les charges d'entretien. Il en résulte que des malades parfois agités ou anxieux restent une quinzaine de jours à domicile, dans des conditions souvent fâcheuses, privés des soins qu'ils recevraient à l'asile, et qu'ainsi leurs chances de guérison sont diminuées. Il importerait donc que le placement volontaire de l'article 25 s'effectue sans plus de formalités que celui de l'article 8 ; l'arrêté préfectoral réglant les charges d'entretien ne devrait intervenir que plus tard.

Ce qui constitue véritablement la tare de l'organisation actuelle, ce n'est pas l'internement, c'est le séjour des malades, avant leur entrée à l'asile, dans les services dits « d'observation » des hôpitaux, ceux de quelques villes importantes mis à part. Les malades s'y trouvent souvent dans des conditions extrêmement pénibles, qui ont été maintes fois dénoncées. Combien de ces malheureux restent quinze jours et plus dans des cellules non aérées, non chauffées, privés non seulement de soins médicaux, mais de l'hygiène la plus élémentaire, livrés à eux-mêmes quelles que soient leurs réactions, ayant à leur portée des objets dangereux. M. le Dr Raynier vient de poursuivre à ce sujet une nouvelle enquête dans plusieurs départements et a recueilli une série de faits particulièrement

©BIUM

suggestifs qui vont être publiés dans *l'Aliéniste français*.

Il n'est pas douteux que la plupart des hôpitaux et hospices départementaux ne conviennent nullement à la mise en observation des malades atteints d'affections mentales. Celle-ci nécessite et des locaux spécialement aménagés, et un personnel habitué aux aliénés, toutes conditions qui existent non dans les hôpitaux, mais dans les asiles. A supposer que les conseils généraux soient disposés à faire un effort financier en faveur des aliénés — ce qui paraît bien problématique — il serait beaucoup plus légitime et moins onéreux d'effectuer des améliorations dans les asiles déjà existants que de créer à grands frais des services spéciaux dans les hôpitaux, où resterait en outre à résoudre la question du personnel.

Il n'est pas superflu d'insister sur ce point. Il ne faut pas oublier qu'avant de parler de services « ouverts » on avait lancé la formule « les délirants aigus à l'hôpital ». Le rapprochement entre ces deux conceptions se fait tout naturellement et l'on voit la conséquence : seuls les aliénés dangereux seraient envoyés à l'asile. Il y a là une équivoque contre laquelle s'était déjà élevé, il y a seize ans, le professeur Jean Lépine, dans une lettre adressée au regretté Juquelier et publiée dans la *Revue de Psychiatrie* (novembre 1912). Ces lignes n'ont rien perdu de leur actualité et je crois intéressant de les rappeler :

« Depuis quelque temps, l'on parle beaucoup d'hôpital pour les délirants aigus, d'hospice pour les aliénés chroniques, et l'on affecte de considérer l'asile comme une prison réservée aux aliénés dangereux. Il me semble qu'il serait loyal d'aller jus-

©BIUM

qu'au bout de la question. Si l'on veut éviter aux aliénés aigus ou inoffensifs la « tare » légale de l'internement qu'on le dise, mais qu'on reconnaisse aussi qu'on sera obligé de les conserver illégalement, sans surveillance et sans contrôle, sans garantie quelconque pour leur liberté et pour leur bien, et qu'ainsi on les aura simplement privés de tous les avantages de la loi de 1838...

« A la formule « les délirants à l'hôpital », je demande que nous opposions celle-ci : les Asiles médicalement organisés. Ceux de nos collègues qui ont eu la bonne fortune de s'adresser à des pouvoirs publics éclairés peuvent déjà démontrer qu'ils font de la médecine comme on le ferait dans un hôpital, et de la Médecine mentale mieux qu'on y peut en faire.

« Par éducation et par tendances, je crois être de ceux qui font aux influences organiques la plus large place en psychiatrie, et qui s'efforcent de rester avant tout Médecins. C'est parce qu'ainsi je ne pense pas être suspect que je vous demande la permission de me ranger aux côtés de nos collègues les médecins d'asile et de défendre avec eux la cause des malades, contre le prétendu progrès que serait la psychiatrie exercée par des médecins d'hôpital. »

⁂

Le dépôt provisoire des aliénés dans les hospices a pu être nécessaire à une époque où n'existaient ni l'automobile, ni le téléphone. Il n'en est pas de même aujourd'hui. Aussi bien, plusieurs Asiles sont-ils dès maintenant pourvus d'ambulances automobiles permettant d'aller chercher les malades dans des localités très éloignées. Je n'ignore pas que

©BIUM

certains administrateurs sont opposés à cette façon de faire ; ils craignent de voir leur personnel exposé à des accidents graves du fait d'aliénés armés. Et pourtant, en pareil cas, n'est-il pas légitime de faire intervenir des infirmiers habitués aux réactions des malades ? D'ailleurs cette objection perdra de sa valeur le jour, qui paraît proche, ou la loi sur les accidents du travail sera définitivement étendue au personnel médical des Asiles. Et ces Etablissements peuvent en outre contracter des assurances couvrant les risques de responsabilité civile, comme il en existe déjà à Rouffach, à la Charité, à Quimper.

⁂

Le placement direct à l'Asile peut se faire, non seulement pour les placements volontaires (art. 8 et 25 de la loi de 1838), mais encore pour les placements d'office. L'art. 19 de la loi prescrit, en effet, qu'en cas de danger imminent, les maires (pour la province) ordonnent toutes les mesures provisoires nécessaires. Pourquoi la mesure provisoire ne consisterait-elle pas dans l'envoi direct à l'Asile ? C'est d'ailleurs ce qui se fait dès maintenant dans certaines grandes villes. Il serait aisé d'introduire cette précision dans la loi.

Ainsi le placement d'office par le jeu de l'article 18, aujourd'hui le plus communément employé, deviendrait exceptionnel. Il ne jouerait plus, en fait, que pour les malades placés volontairement dont les réactions nécessiteraient ultérieurement le maintien à l'Asile par arrêté préfectoral. Quant aux aliénés criminels, tout le monde est d'accord sur la nécessité d'un mode de placement particulier avec intervention de l'autorité judiciaire. C'est ce qui a été réalisé dans le projet Strauss.

©BIUM

Reste le fameux spectre de l'internement arbitraire. Il est certainement moins à redouter avec l'envoi direct des aliénés à l'Asile qu'avec tout autre mode d'assistance : les médecins des Asiles publics ne sont-ils pas les experts les plus qualifiés pour éviter des faits de ce genre ? Ils sont nommés à cet effet en toute indépendance par l'Administration. Et d'autre part, ce mode de placement ne supprime nullement l'enquête administrative qui doit être faite dans tous les cas, qu'il s'agisse de placement volontaire ou de placement d'office, mais postérieurement à l'envoi à l'Asile, pour ne pas mettre obstacle au traitement rapide du malade.

⁂

En définitive, la loi de 1838 ne mérite pas l'anathème qu'on ne s'est pas fait faute de lui lancer. Appliquée avec discernement, elle réalise non seulement la protection de la société, mais la protection du malade. Ses dispositions sont assez souples pour satisfaire aux exigences de l'Assistance moderne. Au surplus, être partisan de la loi de 1838 amendée ne signifie pas qu'on soit systématiquement hostile aux services ouverts ; ceux-ci représentent un mode intéressant d'assistance, surtout si on conçoit l'Asile, à la manière de M. Anglade, comme un institut neuropsychiatrique. Mais ils ne sauraient remplacer les Asiles. Et cette question des services ouverts se poserait de façon toute différente si l'on facilitait aux malades l'accès direct à l'Asile, en généralisant l'usage du placement volontaire gratuit et en adoptant le placement spontané.

G. DEMAY.

©BIUM

SOUVENIRS D'ENFANCE ET IDÉES DE GRANDEUR

Par P. GUIRAUD

Nous désirons montrer par une série de documents cliniques combien les souvenirs d'enfance jouent un rôle important dans la genèse des idées de grandeur chez les délirants chroniques.

Il est classique de constater que le malade tire de son propre fonds les idées délirantes et que ces dernières varient avec les préoccupations dominantes de chaque époque. En 1907, Séglas (1) insiste sur ce fait que les idées de grandeur ne sont que la traduction d'un sentiment d'euphorie et de puissance. Pour exprimer intellectuellement ce sentiment, le malade utilise une série d'images et de formules sans se préoccuper de les faire cadrer avec la logique et même parfois sans y croire complètement. Séglas cite l'exemple d'un malade qui avait pris le titre de Napoléon V : Napoléon signifiait qu'il était un grand capitaine et V voulait simplement dire qu'il était cinq fois plus habile que Napoléon. Un autre était successivement ou même à la fois : Denis Papin, Napoléon, Victor Hugo, etc... Cette constatation est fréquente. Une de nos malades à délire très complexe, riche en formules personnelles difficilement intelligibles, exprimait souvent sa tendance euphorique sous des formes contradictoires. Un jour, voulant montrer que, quoique âgée, elle restait vigoureuse et musclée, elle soulevait à bras tendus les chaises pendant la visite, s'écriant : « Tâtez mes bras, j'ai des muscles formidables. » Le lendemain, insistant sur un autre aspect de son euphorie, l'idée d'immortalité, elle disait : « Je suis incorruptible. Dans la famille nous sommes de race *aiglée*. Regardez mes

(1) SÉGLAS. — Rapport des idées de grandeur et de leur expression verbale. *Journal de Psychologie*, mai-juin 1907, p. 239.

©BIUM

bras, il n'y a que de l'os et 22 petites peaux par-dessus. Même si j'étais mortelle mon corps ne se décomposerait pas ! »

Les souvenirs d'enfance agréables ou sthéniques fournissent souvent ces images alogiques que le malade utilise pour exprimer son euphorie morbide. On sait combien l'euphorie et la rêverie mégalomane sont fréquentes pendant l'enfance. Dumas, sur 50 écoliers interrogés, en a trouvé 30 qui avaient des idées de cet ordre. Voici quelques exemples de l'activité de ces souvenirs chez les délirants.

Les bas longs. — A l'âge de 30 ans, M. Paul a été atteint de psychose hallucinatoire chronique, très active, assez mal systématisée. Il a surtout des hallucinations auditives et cénesthésiques. Fréquemment des voix l'insultent, répètent sa pensée, lui donnent des ordres saugrenus : « Tue ta chatte, jette-toi à l'eau, il faut te marier, etc. » Il se plaint d'être électrisé ou empoisonné. Les idées de grandeur sont très anciennes à l'époque où nous l'observons (60 ans) ; il prétend être de la famille de Louis Philippe et roi de France. Il lit quotidiennement *Le Figaro* depuis trente ans, reste très au courant des événements, mais sans y croire. Ce sont, dit-il, des plaisanteries que varie l'imagination des journalistes pour une feuille imprimée spécialement pour lui. M. Paul conserve une mémoire excellente, son activité et ses paroles sont stéréotypées. Les infirmiers signalent qu'il demande souvent à revenir à Carcassonne son pays natal, en ballon. Interrogé, M. Paul sourit et explique qu'il n'est question ni de ballon, ni d'aéroplane, il veut rentrer à Carcassonne avec une culotte et des *bas longs*. Nous lui faisons préciser le complément de son costume. Il veut un habit à la française bien brodé et un chapeau à plumes, c'est l'uniforme royal de sa famille. Il ne veut ni de col, ni de cravate. Pourquoi ? Parce, dit-il, quand j'étais petit je n'en portais pas, j'étais heureux et je voudrais être comme quand j'étais petit. Il est évident que dans le cas particulier, le costume rêvé par le malade fusionne le désir de retour à l'enfance heureuse et les idées de grandeur.

La robe grenat. — Nous avons déjà cité cette observation avec Dide (1). « Une malade se rappelle une de ses plus

(1) DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du Médecin praticien*, p. 166.

©BIUM

grandes joies. Avec le premier argent qu'elle avait gagné sa mère lui avait acheté une robe grenat. Cette étoffe avait coûté sept francs le mètre. » « Je n'en voyais jamais la fin tellement le tissu était joli et fort. » A l'asile elle remarque un grand arbre dont les fleurs lui rappellent la couleur de sa robe ; immédiatement le Grand Arbre entre dans le délire, se confond avec l'Arbre du Bien et du Mal et la puissance de la nature à renaître au printemps et à « produire des fleurs et des fruits délicieux ».

Les plaques du garde-champêtre. — Cet exemple est également rapporté dans notre ouvrage (p. 162). Un de nos pensionnaires qui a construit un délire social véritablement complet, presque organisé par ministères, fait jouer à la ville de Bordeaux un rôle prépondérant : « Bordeaux est Ville Capitale », à cause du nombre considérable de plaques en cuivre observées à la porte des négociants. Pour expliquer l'importance des plaques, il raconte que sa famille a toujours été puissante. Son grand-père a été garde-champêtre sous M. Louis-Philippe, son père lui a succédé. Pendant toute son enfance on lui a souvent montré les plaques de *garde-champêtre* de ses parents avec les impressionnantes inscriptions habituelles « La loi ». Ce souvenir latent s'est réveillé lors du voyage à Bordeaux et lui a fait pousser cette exclamation : « Nom de Dieu, quelle ville ! il y a des plaques partout ! ! ». C'est ainsi que Bordeaux est devenue Ville Capitale.

Les médailles de la foire. — Le même malade attachait une extrême importance dans son délire à l'organisation financière et à la frappe des monnaies. Interrogé sur l'origine de sa mission, il répond : « Je me suis toujours occupé de ce travail ; notre famille a toujours frappé monnaie. Quand j'étais enfant, je me rappelle qu'à chaque foire on frappait monnaie devant notre porte, un homme venait et avec une petite machine il faisait des pièces d'or qu'il distribuait aux enfants du village. » Selon toute vraisemblance, il s'agit d'un forain qui estampait et vendait des médailles de clinquant ou d'oripeau. La particularité de ce cas est que le malade néglige complètement la longue période de sa vie où il a été normal et ne s'est pas intéressé spécialement à la frappe des monnaies.

La Pompe à incendie. — Un homme de 50 ans, délirant depuis déjà longtemps, mais assez tranquille est interné pour avoir défoncé la porte d'un local communal de son village et s'être emparé de la pompe à incendie. « Je suis,

©BIUM

dit-il, propriétaire de la pompe. Elle a toujours été dans notre famille. Je prends maintenant la succession de mon père. Mon père, vous le savez était le capitaine des pompiers. C'était un homme extraordinaire, très puissant. Si vous l'aviez vu le dimanche quand il commandait l'exercice avec son beau costume et son casque ! J'étais bien petit à ce moment. Tout marchait en règle alors. C'était sous Napoléon III. Il était Napoléon. Nous sommes de cette famille. »

Les cartes à jouer. — Dans un délire très complexe, riche en néologismes, avec idées hypocondriaques et conceptions mégalomanes remarquables nous mettons en évidence l'importance des cartes à jouer. Le malade attache un grand intérêt aux ornements des figures : collerettes jaunes, cercles disposés en diagonale, fleurs, etc. C'est le « peigne de la déesse », le collier du roi, etc. Les figures sont identifiées avec les héros des divers opéras à la représentation desquelles notre malade a participé. Le sens caché des cartes qu'il n'explique qu'aux initiés a toujours été connu de lui. Quand il était petit, au lieu d'aller à l'école il se réunissait aux gamins de son âge pour jouer aux cartes. C'est dès cette époque et avec eux qu'il observait avec intérêt les particularités des cartes et leur trouvait une explication. Plus tard il a compris la relation qu'elles avaient avec les héros d'opéra et la Déesse qui joue un si grand rôle dans son délire.

Nous pourrions prolonger cette énumération. Un de nos malades est le général Oyama, parce qu'il a toujours vu dans le salon de ses parents des bibelots d'Extrême-Orient rapportés par son oncle, le marin ; une autre est la princesse d'Hermine parce que jusqu'à l'âge de quatre ans elle a habité le village d'Hermine, etc...

Pour désigner les exemples que nous citons, les psychanalystes ne manqueraient pas d'employer l'expression « symbolisme ». Mais ce mot ne doit pas être accepté sans explications. Le terme symbole a été employé d'abord par eux pour l'interprétation des rêves. Des images symboliques surgissent en se substituant au contenu *latent* du rêve que la censure ne laisse pas passer dans le conscient. Il y a exactement symbolisme en ce sens que les images du rêve *représentent* quelque chose de caché ; comme des contrebandiers, elles se sont déguisées pour passer les fron-

©BIUM

tières de la censure. Plus tard, à mesure que s'amplifiait leur doctrine, les psychanalystes ont élargi le sens de « symbole » qui a perdu de sa précision primitive à tel point que Weiss (1) entend par symbole le remplacement d'un concept par une image, cette substitution étant un retour à un mode de connaissance plus primitif et plus facile. Notre conception est qu'une tendance instinctive ou affective attire, à mesure que le développement mental se poursuit, une série de souvenirs, d'idées ou d'images qui s'appliquent à elle. Selon les besoins, quand cette tendance devra s'exprimer intellectuellement, elle utilisera telle ou telle image qui cadrera le mieux avec les circonstances, comme nos élégantes qui choisissent dans leurs nombreuses toilettes celle qui est le mieux adaptée à l'heure et au milieu. Selon la remarque de Chaslin, ces images ou ces idées sont peut-être symboliques pour le médecin qui ne les comprend pas ; pour le malade elles sont la réalité même, non logique mais affective.

Si l'on interroge les malades du groupe que nous étudions sur la date d'apparition de leurs idées de grandeur, on constate avec surprise qu'ils croient les avoir toujours eues. En réalité, les renseignements fournis par les familles prouvent qu'elles sont apparues assez tard, entre trente et cinquante ans. Il ne s'agit point là de délire rétrospectif. Ce dernier consiste à donner une signification délirante à un événement qui, quand il s'est produit, semblait normal. Les interprétateurs qui présentent souvent du délire rétrospectif expliquent bien le phénomène en disant : « Je ne l'ai compris que longtemps après. » Nos malades, au contraire, ont pratiquement effacé de leurs préoccupations toute leur vie normale entre l'enfance et le délire. Ils ne l'ont certes pas oubliée mais ils n'y pensent plus et ont l'illusion que les rêveries de leur jeunesse sont en continuité avec leur délire, l'intervalle étant effacé, télescopé.

Les idées de grandeur à type infantile ne s'observent que dans un certain nombre de délires chroni-

(1) WEISS. — *Arch. gener. di N. p. e psicoana.* Vol. 7, fasc. 2, 1926.

ques. Elles réalisent souvent la variété que nous avons décrite avec Dide sous le nom de délire de féerie fantastique. Le délire est une construction complexe, réfractaire aux lois de la logique, luxuriant, imaginatif. Le thème n'en est pas emprunté à la vie sociale courante, les sujets ne se contentent pas d'un banal titre de noblesse, de décorations ou d'une importante fortune. Ils vivent d'ordinaire dans un monde féerique de dieux, de génies, échafaudent des systèmes cosmogoniques ou transforment l'organisation sociale. Dans le domaine du délire, le mode de pensée diffère beaucoup du mode normal. On y observe quantité de néologismes (par fusion ou rapprochement de mots) ayant toujours un sens déterminé, des fusions d'idées (1) (les idées du même groupe étant non pas associées mais fondues et indissolubles et superposables) et ce que nous avons appelé par une comparaison histologique le syncytium des complexes. Les divers complexes ne sont pas isolés et indépendants mais solidarisés, soudés ensemble par une foule de détails communs, d'idées accessoires identiques. Le matériel de la pensée, au lieu d'être composé d'éléments isolés, simples, maniables et interchangeables, se présente en masse complexe, nécessitant des digressions obligatoires et stéréotypées, des répétitions, des chemins tortueux indispensables où la clarté se perd mais où la tendance affective persiste.

La transformation intellectuelle que nous décrivons est peut-être ce que certains auteurs appellent schizophrénie ou schizodémence. Il est curieux de constater que nous y remarquons le caractère essentiel inverse, à savoir qu'au lieu de trouver les associations d'idées disloquées et rompues nous les voyons renforcées jusqu'à la fusion, l'évocation d'une idée ou d'une formule amenant obligatoirement certaines autres idées, certaines autres formules. De plus, et nous croyons utile de répéter cette idée que nous avons souvent exprimée, la transformation intellectuelle s'observe presque exclusivement dans le domaine du délire. Ces malades

(1) GUIRAUD et SONN. — *Annales médico-psychologiques*, 1925, p. 106.

©BIUM

complexes et si inintelligibles qu'au premier abord on pourrait les prendre pour des déments, s'intéressent au monde extérieur, connaissent bien le personnel et les événements de l'asile, ont de l'affection pour ceux qui savent les prendre, travaillent avec ingéniosité et dévouement, sauf dans les périodes de grande activité délirante. Leur mémoire est excellente. Les auteurs qui, à l'inverse de Bleuler, réservent le terme de schizophrénie pour désigner une sorte d'état terminal subdémentiel des délires chroniques ne voient pas, à notre avis, le caractère partiel, localisé de l'involution intellectuelle. Cette involution, manifestée surtout dans le langage, est d'ailleurs précoce, quelquefois initiale et ne permet pas d'affirmer un affaiblissement intellectuel global ni présent ni à venir. Il s'agit simplement d'un type spécial de délire à structure plus jeune, plus luxuriante et différant plus que les autres types de la pensée normale.

On voit combien les idées de grandeur que nous venons de décrire diffèrent de celles que l'on observe couramment chez les paralytiques généraux. Ces derniers élaborent une mégalomanie d'adultes : ils sont forts, riches, décorés, députés, ministres, exprimant leur euphorie par des idées correspondant aux tendances de l'homme adulte ordinaire. Chez nos malades, au contraire, le processus pathologique va fouiller plus profondément dans la personnalité tout entière et pour exprimer l'euphorie va chercher jusque dans l'enfance les souvenirs sthéniques les plus naïfs et les plus frais.

©BIUM

L'HALLUCINOSE COMME ENTITÉ CLINIQUE

Par Alfred GORDON (de Philadelphie)

Membre correspondant de la Société Médico-Psychologique de Paris

Les phénomènes hallucinatoires ne sont généralement qu'une phase ou un incident au cours de maladies mentales bien déterminées. L'observation qui va suivre paraît démontrer l'existence des phénomènes psycho-sensoriels seuls sans autres manifestations psychiques. On ne peut pas les ranger parmi les psychoses classiques ou les psychonévroses. Ils possèdent tous les indices d'une Psychose à part, et prouvent que la délimitation des psychoses classiques n'a point une valeur absolue.

Observation. — Mlle B. S., couturière, âgée de 32 ans, est devenue orpheline à l'âge de 20 ans. N'ayant pas de parents, elle a été obligée de gagner sa vie. Assez souvent, elle manquait d'emploi. Sa vie était pleine d'obstacles et de désappointements. Une affaire d'amour suivie de déception de la part du fiancé fut la cause d'une attaque de dépression de durée de plusieurs mois. Elle était employée dans plusieurs établissements, ne restant à chaque place qu'un temps très bref. Finalement, elle trouva une position de couturière chez des gens sympathiques. Il y a un an, pendant qu'elle était occupée de son travail, elle fut surprise d'entendre tout à coup les voix de ses camarades de l'établissement chuchotant l'une à l'autre et faisant allusion à elle. Au commencement, elle ne pouvait pas discerner exactement ce qu'elles disaient, mais elle était sûre que son nom était mentionné plusieurs fois avec mépris.

©BIUM

Petit à petit, ces voix devenaient de plus en plus distinctes. Dans la salle où elle travaillait, il y avait dix femmes toutes très occupées sans un moment de libre pour tenir des conversations. En outre, un inspecteur était toujours assis dans la même salle ; sa tâche consistait à hâter le travail. Malgré cela, notre malade continuait à entendre des remarques des plus inoffensives sur son apparence, sa toilette, son travail et même son caractère. Elle entendait ces voix non seulement pendant le travail, mais aussi en allant en voiture, dans les tramways, au restaurant, dans sa chambre à coucher, le matin, après avoir bien dormi. En se promenant dans la rue elle entendait toujours les mêmes voix. Elle pouvait discerner de la manière la plus exacte les mots prononcés ; ils étaient toujours profanes et très offensifs.

Minutieusement interrogée sur ses relations vis-à-vis de ses camarades elle exprima un grand étonnement, ne pouvant expliquer leur conduite. Elle dit qu'en s'adressant à elle individuellement ses camarades étaient très agréables, et exprimaient leur amitié en s'intéressant à son bonheur. Elles causaient assez souvent avec elle de ses affaires et de son avenir. Elle était certaine que toutes sans exception étaient bien disposées à son égard et nullement hostiles. Mais aussitôt qu'elle s'assoit à la table et commence à travailler, les voix se font entendre de la manière la plus distincte. Nous lui avons conseillé de demander à tous ses gens la raison de leur conduite, mais elles l'ont assurée l'une après l'autre de leur amitié pour elle. Bien qu'elle fût convaincue qu'elles étaient toutes bien intentionnées par rapport à elle, toutefois, elle était certaine d'entendre très distinctement leurs injures.

A part ce phénomène pathologique, l'état mental de notre malade est très bon : il n'y a pas d'idées délirantes. Elle ne croit point qu'elle est persécutée et elle ne trouve aucun motif méchant dans la conduite de ses camarades. Elle nie la jalousie, l'envie ou la haine, car il n'y a pas de raison pour tout cela. Cependant, la malade n'est pas une obsédée : elle ne considère pas le sujet de sa plainte comme absurde et sans fondement, car les voix, dit-elle, son réelles. Elle les entend clairement et dans tous ses détails. Son étonnement est grand quand on lui dit qu'elles ne sont pas entendues par d'autres. Pour elle, les voix sont authentiques et réelles. Elle prie ardemment d'en être débarrassée, car elle est tourmentée et souffre beaucoup. Elle n'est plus capable de travailler efficacement, et finalement elle a été forcée d'aban-

©BIUM

donner sa position de couturière. Bien qu'elle ne travaille plus depuis longtemps, néanmoins elle ne cesse pas d'entendre ces voix jour et nuit. Elles persistent.

Un examen détaillé de différents viscères et des fonctions végétatives n'a pas révélé de symptômes importants. L'appareil auditif, la vision, pupilles, sensations, l'appareil moteur, les réflexes, le sang, l'urine, tout cela était normal. L'épreuve de Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien était négative. Dans les antécédents personnels de la malade, il n'y avait pas d'indications d'un processus toxique ou infectieux quelconque avant le début du phénomène mental. La malade ne prenait ni drogues, ni alcool. Au point de vue somatique, elle est très bien portante. Toutes les épreuves de laboratoire et de clinique ont donné des résultats négatifs.

ANALYSE. — Le caractère le plus frappant de notre cas consiste en ce qu'à aucun moment, depuis l'apparition de ses hallucinations auditives, la malade n'a présenté de véritable délire. Pendant de longs interrogatoires, elle n'a jamais essayé d'interpréter ou d'expliquer la raison d'être de ses hallucinations. Elle ne s'intéressait point à la question d'amitié ou d'inimitié de la part de gens qui, croyait-elle, parlent mal d'elle, elle s'arrête exclusivement au phénomène auditif dont elle cherche à se débarrasser. Evidemment, l'hallucination n'est pas ici une phase d'une psychose. Reste à savoir si, plus tard, la malade commencera à interpréter son phénomène morbide et tâchera d'en trouver une explication et se convaincra ainsi que les camarades dont elle entend les voix sont réellement ses ennemies. Bien que de tels cas soient rapportés dans la littérature médicale, notre patiente après plus d'une année de souffrance ne présente aucune trace de conceptions délirantes.

Lorsqu'on considère les hallucinations en dehors des psychoses, l'on est tenté d'envisager le désordre en question du point de vue des obsessions. Hallucinations obsessives et obsessions hallucinatoires sont des phénomènes bien connus. Comme exemple du premier ordre, le cas suivant peut-être cité : A la suite de pertes financières, un homme de 40 ans avait vu apparaî-

©BIUM

tre des hallucinations visuelles consistant en cadavres de soldats blessés qui l'entouraient chaque fois qu'il se trouvait tout seul dans sa chambre. Le point intéressant de ce cas c'est que, malgré la persistance du phénomène sensoriel, le malade était totalement convaincu de la fausseté et de la non-existence du phénomène morbide.

Le cas suivant présente un exemple d'une obsession hallucinatoire. Il s'agit d'un homme de 28 ans qui pendant quatre ans avait peur de devenir fou. Cependant, disait-il, il savait pertinemment qu'il ne souffrait pas de démence car il administrait bien ses affaires. Une fois il rêva qu'il était interné dans un asile d'aliénés. Depuis lors, il voyait une foule de gens marchant vers lui chaque fois qu'il se trouvait seul. Le malade ridiculisait cette manifestation hallucinatoire qu'il qualifiait d'absurde. Dans les deux cas, les obsessions présentent un caractère commun, à savoir, intégrité complète de la conscience et la conviction que la condition n'est pas réelle malgré sa persistance. Les images hallucinatoires se sont développées et existaient dans le champ de la conscience de ses individus au cours entier du désordre.

Lorsqu'on compare ces deux exemples d'obsessions à celui de notre malade, l'on doit admettre chez elle une absence totale des éléments du trouble constaté chez les deux malades. Elle n'a jamais nié la réalité de ses manifestations auditives. Elle est absolument convaincue de leur authenticité et n'a jamais douté de leur existence. Elle n'a discuté leur nature ou leur cause avec personne. Elle les a acceptées comme un fait accompli et ne les a jamais considérées comme absurdes. Il est évident que dans le cas présent elles n'avaient pas les caractères d'une obsession et par conséquent elles n'appartiennent pas à la catégorie des hallucinations obsédantes ou des obsessions hallucinatoires.

Dans ce qui précède, les phénomènes hallucinatoires de notre malade ont été considérés aussi au point de vue des psychoses. Nous avons indiqué qu'à aucun moment, ils n'étaient combinés avec des idées déli-

©BIUM

rantes relatives aux individus qui, croyait-elle, parlaient d'elle. Au contraire, elle les considérait comme des amies et a toujours fait ressortir leurs relations amicales envers elle. Le phénomène auditif occupe ici une place à part et se détache comme une manifestation isolée, et, malgré sa longue durée, il n'a souffert aucune altération. Il n'est pas de nature délirante bien qu'il soit entré dans le champ de conscience de la malade ; il n'est pas obsessif, car les caractères d'une obsession manquent totalement. D'un autre côté, puisque les hallucinations ont envahi sa conscience, il y a à craindre qu'éventuellement sa conscience puisse s'altérer et qu'elle commence alors à analyser son désordre mental, perdant son jugement critique, devenant passive, trouvant une justification à ses manifestations auditives et finalement les attribuant à une cause tangible. Un délire réel serait alors établi. Jusqu'à présent, et depuis déjà plus d'un an, la malade n'a pas encore essayé d'analyser ou d'interpréter ses troubles, et elle ne lutte pas contre eux parce qu'il ne s'agit point d'une obsession. Son trouble mental consiste tout entier en une seule manifestation auditive. Nous sommes donc en présence d'une maladie psychique exprimée en forme d'hallucinose comme une entité clinique. Cet état morbide est débarrassé de toute association avec d'autres phénomènes psychiques tandis que, généralement, un état hallucinatoire est en relation directe avec un désordre psychique originel.

Essayons maintenant d'analyser la base psychophysiologique de la manifestation hallucinatoire chez notre malade. La génèse des hallucinations en général est envisagée d'une manière très variée. Le soi-disant point de vue périphérique présuppose une irritation périphérique des organes sensoriels. Il n'y a pas de trace de cette condition dans notre cas. La doctrine psychosensorielle admet une irritation des centres sensitifs dans le cortex, mais Tanzi (*Rev. de Pathol. Nerv. et Ment.*, Vol. 6) croit que les hallucinations prennent leur origine dans les centres d'association de Flechsig. D'après lui, l'image naît dans ces centres,

©BIUM

atteint les régions psychiques supérieures et descend vers les mêmes centres sensitifs par la voie des fibres qui (ce qui est démontré) ont un parcours centrifuge dans les centres sensitifs. Comme la doctrine précédente, celle-ci présente la même difficulté d'analyse. Toutes les deux pourraient être utilisées (mais avec prudence) dans les cas d'hallucinations qui surviennent au cours des affections organiques du cerveau où les centres avec les fibres d'associations sont réellement endommagées et où le sensorium spécial est soumis à une irritation continuelle. Des exemples de cette catégorie se trouvent dans les néoplasmes ou les thromboses du cerveau, etc. Notre cas ne permet pas de conclusions en faveur d'une base organique, car il n'y a rien dans l'observation de la malade qui autorise la supposition d'une lésion organique. Pour toutes ces raisons, nous sommes forcés de considérer les hallucinations dans notre cas au point de vue purement psychogène. C'est un fait bien établi que l'égo psychique de tout individu contient deux parties : une consciente et une inconsciente. La première dépense sa force active en créant d'une façon continue de nouvelles pensées et des désirs qu'elle tâche toujours de réaliser si bien qu'elle trouve éventuellement du contentement et de la satisfaction dans la vie. La seconde partie de l'égo est constamment confrontée par l'expérience accumulée dans les sphères intellectuelle et sensorielle, qui n'a jamais disparu mais est seulement réprimée. Celle-ci, bien qu'elle soit séparée et éloignée de l'égo conscient, existe néanmoins et en effet n'est jamais inerte, mais bien au contraire extrêmement active, ce que l'on peut observer dans les états hypnotiques ou dans les rêves. Si, par certains procédés psychologiques, elle réussit à atteindre l'égo conscient, il se peut qu'elle se manifeste sous une forme fantasque, autrement dit par les « hallucinations ». Dans certains cas, ces phénomènes ne sont qu'une reproduction exacte des événements lointains qui sont réellement arrivés dans le passé de ces individus. Dans d'autres cas, les manifestations hallucinatoires apparaissent comme des événements originels

©BIUM

mais quelque peu modifiés. Dans un certain groupe de cas, l'on observe des substitutions totales, de telle sorte que les manifestations sensorielles ne ressemblent point aux événements originels, mais une analyse serrée y révèlera l'expérience éprouvée dans le passé. Qu'une expérience pour ainsi dire oubliée joue un rôle important dans les hallucinations, c'est un fait bien connu et admis par bien des travailleurs dans le domaine de la psychologie pathologique. Esquirol, dans son livre « Maladies Mentales », écrit que les sensations dans les hallucinations ne sont que des idées déjà oubliées par le moi conscient, mais reproduites par la mémoire. Baillarger (*Revue Scientifique*, 1887) considère aussi les hallucinations comme des énergies emmagasinées, lesquelles ont réussi par quelque moyen à s'extérioriser. Cette conception de la valeur des processus psychiques secrets a servi de base aux interprétations des phénomènes inconscients par Bleuler et Freud.

Une analyse rigoureuse de toutes les variétés des phénomènes obsédants, des obsessions hallucinatoires, des hallucinations obsédantes, mettra en évidence le fait que chez tout individu les expériences qui ont réellement eu lieu et demeuraient silencieuses et assoupies, se sont déplacées et sont perturbées par des chocs soudains et inattendus, de telle sorte qu'ils reçoivent une impulsion pour se reproduire d'une façon précise. Il paraît que dans les obsessions les phénomènes hallucinatoires sont en relation directe avec les événements qui sont arrivés dans la vie des obsédés. Cette même analyse nous conduit aussi vers une autre conclusion, à savoir : les manifestations hallucinatoires se présentent chez les individus qui possèdent une émotivité ou une affectivité pathologique prononcée.

Cette dernière se compose de sensibilité, d'humeur et d'émotivité à des degrés différents. Dans le cas rapporté plus haut, il s'agit d'une jeune femme qui de bonne heure a été sujette à une foule de chocs psychiques d'un caractère violent. Elle est devenue orpheline à l'âge de 20 ans, a été forcée de gagner sa vie sans

©BIUM

être préparée le moins du monde à une pareille éventualité. Plus tard, elle a rencontré des obstacles dans ses efforts pour trouver une occupation et pour la garder une fois trouvée. A part ces incidents défavorables, elle fut déçue et abandonnée par son amant. Ceci fut suivi par un état prolongé de dépression. Ensuite nous la trouvons travaillant durement pour gagner sa vie et luttant contre divers obstacles. Au milieu de cette existence pleine d'incidents défavorables, les hallucinations décrites plus haut se développent chez notre malade.

Les assauts répétés contre sa sensibilité et son émotivité depuis qu'elle s'est trouvée toute seule dans le monde, dépendant de personne et étant obligée de compter sur elle-même, ont évidemment créé des conflits mentaux entre les complexes de son monde inconscient. La réaction résultant de ces conflits paraît se manifester en phénomènes hallucinatoires de caractère persécuteur en raison de ses insuccès dans sa vie misérable, de sa lutte contre les obstacles et de son inhabileté à les surmonter ; enfin à cause de l'incident émotionnel le plus défavorable causé par l'abandon de son amant, c'est-à-dire l'attaque contre sa personnalité par un individu de sexe opposé.

Dans tous les cas de ce genre, la réaction sur le moi conscient peut se manifester de plusieurs façons : dans certains cas, par des obsessions, dans d'autres par des phobies, dans d'autres encore par des aboulies, et enfin dans un certain nombre de cas par des hallucinations. Indépendamment des formes variées de la réaction consciente, l'analyse démontre qu'elles sont toutes en relation directe avec les événements, les expériences personnelles, les pensées, les désirs, les idées et les sensations qui réellement se sont manifestées dans la vie des malades. Or, il paraît que la conception des complexes inconscients est en effet utile pour bien comprendre les hallucinations en général, et que la doctrine psychique seule est capable d'éclaircir les processus associés à la formation des phénomènes pathologiques tels que les hallucinations. Les conceptions sensorielle et psycho-sensorielle des hallucina-

©BIUM

tions décrites plus haut sont beaucoup moins satisfaisantes que la doctrine psychologique, dont la création a été établie premièrement par Esquirol, ensuite par Baillarger et enfin élaborée par Bleuler, Freud et Jung.

Le cas de notre malade présente un caractère spécial qui mérite d'être mis en évidence et qui nous conduit à la conclusion suivante : Outre les hallucinations qui ne sont que l'expression des obsessions, outre l'association des hallucinations aux idées délirantes au cours des psychoses, outre les hallucinations observées au cours des maladies organiques du cerveau, telles que tumeurs, etc., outre les hallucinations qui se développent dans les maladies infectieuses ou dans les états toxiques d'origine exogène ou endogène, outre tout cela il y a une catégorie d'hallucinations qui occupent une place nosologique à part, qui possèdent les mêmes caractères intrinsèques et autonomes que d'autres syndromes psychiatriques, tels que la Confusion, la Vésanie à délires systématisés, etc., etc. L'observation rapportée plus haut est une Psychose distincte et définie, et pourrait être considérée comme une véritable hallucinose. Elle ne dépend pas et est totalement séparée de toute association avec d'autres phénomènes psychiatriques.

©BIUM

LETTRES D'ARGENTINE

(Première)

Buenos-Ayres, janvier 1928.

L'Argentine ne pratique pas d'autre système que *l'Open-door* pour ses psychopathes : Elle n'a pas de loi d'ensemble sur l'Assistance psychiatrique, mais seulement diverses coutumes et règlementations locales, très flottantes. La collocation d'un malade se fait par un bref certificat stéréotypé, signé de deux médecins, et qui affirme « l'aliénation mentale », et c'est tout ; la mention de quelque *particularité de la maladie* serait considérée comme une violation du secret. Pas de bulletin d'entrée ni de certificat immédiat rédigé par le médecin de l'établissement, et pas d'autorité qualifiée à qui l'adresser. Pas de certificat de quinzaine, pas de rapport semestriel ou autre, pas de registre coté et paraphé, pas d'inspection quelconque et pas de bulletin de sortie.

Ce régime n'est autre que celui qui existait en France avant la loi de 1838. Ce qui est ouvert, ce ne sont pas les portes des établissements, mais ce sont celles de la loi.

Open-door est traduit en français par *Services ouverts :* sous ce nom s'est partiellement réintroduit en France, depuis quelques années, l'ancien régime. Est-ce par une réaction anti-démocratique ? non, au contraire ; c'est parce que le régime de 1838 était devenu, en fait, pesant, intolérable.

Autres lieux, autres mœurs. De même que se balancent et s'opposent les saisons des hémisphères boréal et austral, de même ce qui est devenu en Argentine pesant et intolérable, c'est l'absence de statut psychiatrique ; de toutes parts on appelle à grands cris une loi qui protège le malade mental et son médecin.

Pour quiconque a observé les deux faces de ce problème, le plus grand aujourd'hui de la psychiatrie, sous le signe de la Grande Ourse et sous le signe de la Croix du Sud, il est clair que, pour les malades mentaux et pour les médecins qui en ont la charge, l'absence de protection légale est beaucoup pire que la protection légale.

La seule tare de notre loi de 1838, la source de toutes les résistances et de tous les malaises, c'est qu'elle classe ses bénéficiaires sous la rubrique infamante d' « aliénés ». Cette appellation est inhumaine, anti-scientifique, anti-médicale, injurieuse, dommageable et inutile.

Avec son régime *Open-door*, l'Argentine souffre de la même disgrâce. Au fronton de ses établissements magnifiques, œuvres, pour la plupart, du Pinel argentin, Domingo Cabred, flamboie en or le mot fatal : ALIÉNÉS.

On va répétant depuis cent ans que notre grand Pinel a élevé l'aliéné à la dignité de malade. Ce n'est pas vrai. Pinel a seulement élevé le « fou » à la dignité d' « aliéné ». Et c'est à nous qu'il appartient maintenant d'élever l'aliéné à la dignité de malade.

Mais il y a des catégories de malades qui ont besoin d'une législation. Pour tous ceux-là, il ne faut qu'une loi sanitaire unique et générale, accordant à tous la même dignité, avec un chapitre spécial pour les contagieux pulmonaires, déjà ébauché par la belle et nouvelle loi Honorat, avec un chapitre spécial pour les syphylitiques et un pour les cérébraux, et celui-ci aurait à éviter les méfaits de la loi de 1838, et en conserverait les bienfaits immenses.

REVAULT D'ALLONES.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 27 FÉVRIER 1928

Présidence de M. LEROY, Président

M. Demay, Mme Minkowska, membres correspondants, M. le professeur de Craene, membre associé étranger, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Henri COLIN, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le Dr LAUZIER, médecin-chef de l'Asile de Clermont (Oise), qui sollicite le titre de membre correspondant. Nous proposons une commission composée de MM. ROUBINOVITCH, RAYNIER et BEAUDOUIN (Adopté).

M. le PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à M. le professeur DE CRAENE et se fait l'interprète de la Société pour lui dire combien elle est heureuse toutes les fois que nos collègues belges viennent participer à ses travaux (Applaudissements).

Amélioration rapide d'une paralytique générale cachectique et gâteuse par le Stovarsol associé au Dmelcos (vaccin antichancrelleux de Nicolle),

par Mlle PASCAL, R. ABRAMOVITZ et BRIAU

Dans une série de travaux intéressants, Sézary et Barbé ont signalé que le stovarsol en injections sous-cutanées, à dose de 3 grammes par semaine (série de

©BIUM

21 gr.), constitue une thérapeutique de premier ordre et sans danger de la méningo-encéphalite diffuse. Nous avons appliqué ce traitement à cinq de nos malades, toutes gravement atteintes, présentant des signes de démence profonde et des troubles de nutrition générale.

Les résultats de la première série d'injections de stovarsol ont été négatifs chez quatre malades ; par contre, l'amélioration s'est montrée rapide chez une paralytique générale cachectique et gâteuse, mais, dans ce cas, nous avons associé à la dixième injection de stovarsol : le *choc vaccinal par le Dmelcos*, selon la méthode du prof. Sicard et de ses élèves Haguenau et Wallich (*Presse Médicale*, 14 septembre 1927).

Voici le résumé de cette observation :

M. O., née en 1894. Coiffeuse.

Date du début de la paralysie générale très imprécise. Internée pour la première fois à Ste-Anne, en mai 1927. Transférée le 7 septembre à Maison-Blanche, dans notre service.

Troubles psychiques. — Excitation, euphorie, idées absurdes de grandeur et de richesse, absence d'autocritique, amnésie antéro-rétrograde.

Troubles physiques. — Cachexie extrême (37 kilos), gâtisme, dysarthrie, rigidité et inégalité pupillaires. Réflexes tendineux exagérés.

Troubles humoraux. — B.-W. positif dans le sang. Dans le liquide cépalo-rachidien : Pandy et Weichbrodt positifs. Albumine = 0,85. Formule du benjoin : 111. 00. 02222. 10. 000.

Traitement. — 21 gr. de stovarsol sous-cutané du 9 septembre au 27 octobre 1927. Huit injections intraveineuses de Dmelcos tous les 3 jours à doses croissantes du 3 au 25 octobre. Aucun incident.

RÉSULTATS POSITIFS

1° *Augmentation rapide du poids :* du 9 septembre au 27 octobre, reprise de 15 kilos. Etat stationnaire du psychisme jusqu'au 10 octobre.

©BIUM

2° Après les premières 3 injections de Dmelcos :

a) suppression du gâtisme ;

b) disparition complète de l'excitation intellectuelle du délire absurde de richesse, etc. ;

c) apparition de l'auto-critique : elle a honte de ses idées délirantes ;

d) retour complet de la mémoire : évocation précise des souvenirs, des dates ; orientation excellente ;

e) éveil du sentiment maternel disparu ;

f) elle s'ennuie, elle travaille.

Résultats négatifs

Les *troubles humoraux,* les *signes pupillaires,* la *dysarthrie* n'ont subi *aucune modification.*

Le fonds mental mis à nu montre : intelligence très moyenne ; instabilité des oscillations émotionnelles ; irritabilité, colère, larmes, désespoir, euphorie, satisfaction ; ce sont des états psychiques qui se succèdent et alternent sans ordre.

Conclusions

Les faits intéressants qui se dégagent de cette observation sont les suivants :

1° *Action rapide du choc vaccinal,* de l'*hémoclasie protéino-pyrétique* du Dmelcos sur le psychisme et particulièrement sur les troubles para-démentiels ; l'amélioration s'est montrée après la troisième injection intra-veineuse.

2° *Renforcement de l'action curative du stovarsol :* les effets combinés du traitement spécifique et de la protéine aspécifique ont été remarquables ; l'amélioration de l'état psychique, de la cachexie, et du gâtisme s'est développée progressivement en l'espace de 25 jours.

3° La *méthode choquante et pyrétogène* du Prof. Sicard, de Haguenau et de Wallich, est appelée à rendre des services immenses en psychiâtrie. Associée au *stovarsol,* combinée à la *cure* de *Sézary* et de *Barbé,* elle constitue une thérapeutique supérieure à la malariathérapie ; elle peut être appliquée aux formes les

plus graves de la paralysie générale, aux malades très affaiblis ; elle ne crée pas une nouvelle déficience comme l'hématozoaire, elle apporte des énergies nouvelles, elle fouette les réactions vitales et provoque en l'espace de quelques jours une transformation radicale du psychisme et de l'état physique.

Seuls, les *troubles neuro-humoraux ne se neutralisent pas ;* c'est là le seul point commun du traitement du Prof. Sicard avec la malariothérapie.

Cette malade est sortie en novembre 1927.

La *guérison sociale* se maintient.

Les *signes humoraux* persistent.

Discussion

M. Barbé. — Je remercie, tout d'abord, les auteurs de cette intéressante communication d'avoir cité les travaux publiés par M. Sézary et par moi-même sur l'action du stovarsol dans la paralysie générale. Je désire ensuite faire quelques remarques :

Tout d'abord, les auteurs ont pris soin de nous annoncer que les cinq cas de P. C. traités par eux étaient tous de très mauvais cas : l'amélioration constatée dans l'un d'eux représente donc un pourcentage de 20 0/0, ce qui est encore une belle proportion ; d'ailleurs, nous avons toujours pris soin de signaler que l'amélioration causée par le stovarsol n'était en rapport direct ni avec l'ancienneté des lésions, ni avec leur gravité ; certains P. G., qui paraissent peu atteints psychiquement et physiquement, ne retirent qu'un bénéfice médiocre du stovarsol, alors que d'autres, chez lesquels on essaie ce traitement sans grand espoir, s'améliorent dans des proportions inattendues. Ce cas d'une « paralytique générale cachectique et gâteuse », rapidement améliorée par le stovarsol, est à rapprocher des deux cas qu'il nous a été donné d'observer : l'un d'eux a même fait l'objet d'une remarque de M. Varpas, dans l'établissement duquel se trouvait la malade, et M. Varpas spécifiait à propos de celle-ci non seulement qu'il s'était agi d'un cas désespéré chez une malade grabataire, mais encore

©BIUM

que le stovarsol n'avait eu aucune influence sur son tabes, alors qu'il avait provoqué une régression impressionnante de la Paralysie générale.

Nous avons fait remarquer, M. Sézary et moi, que les améliorations biologiques n'étaient pas toujours en rapport avec les modifications cliniques ; bien mieux, certains P. G. dont le Bordet-Wassermann devient, à la suite du traitement, négatif dans le liquide céphalo-rachidien, ne présentent aucune amélioration mentale, alors que la réciproque est souvent vraie. En tous cas, une amélioration biologique ne comporte pas, forcément, loin de là, une amélioration clinique.

Quant à l'action du Dmelcos, nous avons publié le résultat de nos remarques dans le *Progrès Médical*, en juillet 1927 ; les résultats, basés sur des essais faits longtemps auparavant, ne nous avaient pas paru encourageants, et le Dmelcos ne nous a pas paru renforcer l'action du Stovarsol quand il était associé à celui-ci. On peut dire cependant que le Dmelcos a au moins l'avantage de ne pas être d'un maniement dangereux et que, comme méthode pyrétogène, il n'expose pas aux accidents que l'on peut observer avec d'autres procédés du même genre.

M. Trénel. — J'ai essayé le traitement par le stovarsol chez une P. G. et je me suis arrêté après de faibles doses à cause des complications oculaires.

M. Barbé. — Le stovarsol intraveineux provoque, en effet, des réactions oculaires dans environ 8 0/0 des cas ; mais en injections sous-cutanées à la dose de 3 grammes par semaine, il est parfaitement supporté.

M. Briau. — Dans le service de M. Capgras, nous avons utilisé le stovarsol, mais à doses assez faibles (1 gr. 50 par semaine) sans jamais observer de complications, mais nous n'avons pas constaté non plus d'amélioration sensible de la maladie.

M. Barbé. — Avec le stovarsol bien utilisé, ce qui peut arriver de plus grave c'est qu'il reste sans action.

M. Leroy. — J'ai utilisé le stovarsol sans le moindre accident et j'ai constaté des améliorations intéressantes.

Un cas de surdité hystérique datant de 28 ans

(*présentation de la malade*)

par MM. Xavier ABÉLY et DUPONT

A la dernière séance de la Société médico-psychologique, M. le Professeur Janet a évoqué la question de l'évolution des syndromes hystériques. Ils sont, en principe, passagers et laissent intacte l'intelligence du sujet. Toutefois, la démence précoce peut débuter par un syndrome hystériforme dont il est parfois difficile de prévoir l'évolution. Cependant il s'agit là, déjà, d'un état psychopathique tout différent de celui de l'hystérie pure. Il semble que dans beaucoup de cas on pourrait l'indifférencier cliniquement grâce à l'adjonction de toute une série de petits signes prémonitoires. Cette ressemblance objective ne doit pas nous surprendre, car ces deux syndromes relèvent probablement d'un processus très analogue : la désagrégation de la conscience, de la personnalité avec ce caractère commun que cette désagrégation est souvent mobile, transitoire, fonctionnelle (a-t-on dit, dans les deux cas).

Il existe une troisième forme d'évolution des symptômes hystériques : c'est le passage à la chronicité, sans atteinte du fond mental du sujet. C'est un cas de ce genre qu'il nous a paru intéressant de présenter.

Notre malade, atteinte il y a 30 ans d'une hystérie classique, assez riche en ses manifestations, a été hospitalisée à la Salpêtrière, à St-Antoine, à la Clinique de Ste-Anne et a fait l'objet de plusieurs leçons cliniques de maîtres éminents, dont le professeur Bressaud et le professeur Joffroy. Il est toujours curieux de savoir ce qu'au bout, de plusieurs années, sont devenus de tels malades :

Signalons tout d'abord que Mlle G., âgée aujourd'hui de 50 ans, a toujours présenté un certain degré de débilité mentale. Ses connaissances scolaires et usuelles sont cependant très suffisantes. Elle a appris le métier de repasseuse. Elle sait se rendre fort utile. Mais son jugement est resté enfantin ; c'est la puérilité qui prédomine chez elle.

©BIUM

Elle aime les bonbons, les parfums. A son âge une de ses plus grandes joies est de monter sur les chevaux de bois, lors des fêtes du village. Cette forme de débilité puérile représente d'ailleurs un terrain très favorable au développement des symptômes hystériques, la mentalité hystérique ayant été souvent comparée à la mentalité enfantine.

Vers l'âge de 20 ans, elle a présenté de grands accidents hystériques : crises convulsives, catalepsie, amnésies (elle perdait tout à coup le souvenir de toutes ses notions scolaires et parfois jusqu'à celui de son nom ; elle était incapable de faire une commission, car elle oubliait aussitôt le but de sa course). Ces accidents étaient essentiellement transitoires. Mlle G. fut hospitalisée à la Salpêtrière pendant plusieurs mois ; puis, après un certain intervalle, à St-Antoine dans le service du professeur Brissaud. C'est après sa sortie de cet hôpital qu'est survenu le symptôme qui devait se montrer si persistant : la surdité. Voici en quelles circonstances caractéristiques a débuté cet accident: La jeune malade avait un ami qui, supposant qu'elle allait être enceinte l'avait abandonnée. Les parents ne tardèrent pas à soupçonner eux aussi la situation. Ce furent de violentes scènes de famille où elle était menacée d'être chassée. Cependant, Mlle G. qui était mal réglée, doutait encore. On décide de la conduire à une consultation. Là, on la fait monter sur une table d'examen et le médecin conclut aussitôt à l'état de grossesse. L'émotion fut intense ; la malade fut incapable de descendre de la table ; on dût la transporter. Et de plus on s'aperçut qu'elle était devenue sourde, d'une surdité totale. La pseudo-paralysie disparut rapidement, mais la surdité persista. La rapidité et les circonstances de l'apparition de cette surdité plaident bien en faveur de sa nature pithiatique. Peut-être est-il même possible de pousser plus loin l'explication ; Mlle G., émotive, timide, craignait énormément les reproches de ses parents. Elle reconnaît encore aujourd'hui qu'elle redoutait vivement les scènes qui allaient suivre. La surdité était une réaction de défense tout à fait opportune. Il est très probable que telle fut l'idée ou le sentiment subconscient qui servit de base au phénomène objectif. Il est intéressant de noter ici que, à l'encontre de la doctrine freudienne, l'idée subconsciente présidant au symptôme n'est pas de type sexuel, bien qu'il s'agisse cependant d'une histoire de nature sexuelle. Les craintes de la malade n'étaient d'ailleurs que trop justifiées. Les réactions de la famille furent excessives. En raison de ses troubles hystériques, on l'interna à Ste-Anne. Mlle G. y accoucha au

©BIUM

pavillon de chirurgie. Les parents refusèrent non seulement de s'occuper de l'enfant, mais même de le voir. Les Les visites peu à peu s'espacèrent, se firent de plus en plus rares quand la malade quitta St-Anne et depuis plusieurs années la malade n'a pas reçu de visite des siens.

La surdité a persisté après l'accouchement. Mlle G., à cette époque, a été examinée à plusieurs reprises, par des auristes. La conclusion a toujours été la même ; il n'y avait pas de lésion auriculaire. Des procédés thérapeutiques divers ont été employés, persuasifs ou énergiques. C'est ainsi qu'on a infligé à la malade de nombreuses pointes de feu autour des oreilles. Le résultat a été nul. Cependant cette surdité, totale au début, s'est bientôt légèrement atténuée. Dès cette époque, Mlle G. entendait lorsqu'on lui parlait assez fort près de l'oreille. La surdité hystérique prolongée est d'ailleurs, en temps normal, assez rare. Elle représente une gêne trop considérable pour la vie sociale. La vie asilaire peut mieux s'accommoder d'une surdité relative.

Depuis 28 ans, Mlle G. a vécu dans divers asiles de la Seine. Les symptômes bruyants du début n'ont jamais reparu, mais le tempérament pithiatique de la malade s'est révélé en plusieurs occasions : C'est ainsi que par deux fois, à la suite d'une laryngite banale, Mlle G., persuadée, plus ou moins subconsciemment, qu'elle ne pourrait plus parler, est restée muette ou aphone longtemps après la guérison réelle de la maladie. Mais ces accidents se sont dissipés comme les accidents initiaux. Seule la surdité a persisté aussi intense.

Actuellement la malade se comporte comme si elle était vraiment atteinte d'une lésion auriculaire. Lorsqu'on parle à voix haute tout près de l'oreille de la malade, elle comprend fort bien. Il ne s'agit pas d'un trouble sensoriel cortical ; il n'y a ni surdité verbale, ni surdité psychique. Les bruits qui naissent à quelque distance de l'oreille ne sont, par contre, nullement perçus. Cette surdité est bilatérale, mais paraît un peu plus marquée à droite. Ce qui toutefois est paradoxal, c'est que les bruits même très intenses ne sont pas entendus s'ils se produisent à une distance même très minime, tandis que les mots prononcés exactement devant le conduit auditif sont facilement perçus. Nous avons fait de multiples expériences de surprise : déclanchement brusque d'une sonnerie, ignorée de la malade, coups violents frappés à proximité, bruits subits de vaisselle cassée, de trompe d'auto. Nous n'avons jamais remarqué, dans ces conditions, le moindre mouvement réflexe de surprise, le

©BIUM

moindre clignement des paupières. Mlle G. a couché à côté de malades bruyants qui incommodaient toutes ses compagnes ; Mlle G. dormait profondément.

Les épreuves de lecture sur les lèvres, indiquées par le Dr Clovis Vincent, pour séparer la surdité hystérique de l'organique, sont ici négatives. Les mots ayant des articulations très voisines ou les mots prononcés en masquant partiellement les mouvements des lèvres ne sont pas distingués, contrairement à ce que l'on observe généralement dans la surdité hystérique. Notons encore que l'intonation chez notre malade possède ces caractères d'acuité et de monotonie que l'on constate chez les vrais sourds, qui ne peuvent régler la tonalité de leur voix.

A plusieurs reprises Mlle G. a été examinée par des auristes, depuis que cette surdité paraît être devenue chronique; ils ont tous conclu à l'absence de lésion. Tout récemment encore, le Dr Vincent, à sa consultation du Service de Prophylaxie mentale, a bien voulu procéder à un nouvel examen de notre malade. Les épreuves de vertige, l'examen au diapason ont été pratiqués. Mlle G. donne des réponses contradictoires, paradoxales. C'est ainsi qu'elle déclare n'entendre aucun diapason, « ce qui est inadmissible ». La seule constatation positive qui ait été faite est la teinte un peu grise du tympan. Le Dr Vincent m'a déclaré que le diagnostic le plus vraisemblable était en effet celui de surdité hystérique.

Cette évolution chronique d'un symptôme hystérique, et de la surdité en particulier, est actuellement exceptionnelle. Sans doute, de tels malades séjournaient autrefois pendant des années dans les hôpitaux. Sous l'influence certaine des modifications doctrinales, on ne voit plus qu'avec une extrême rareté des hystériques de cette sorte dans les hospices ou dans les asiles.

Le problème qui se pose ici est donc de savoir pourquoi cette surdité s'est maintenue pendant 28 ans, sans aucune modification. Deux catégories d'explications sont possibles : des explications organiques, des explications psychologiques.

On peut invoquer une lésion organique : le défaut d'utilisation de l'appareil auditif périphérique a pu amener une sorte de diminution fonctionnelle, d'ankylose ou même d'atrophie. On connaît, d'autre part, ces atrophies dites réflexes des membres atteints de

©BIUM

paralysie hystérique. Mais ce rôle attribué à l'immobilisation est fortement discuté. Il est plus douteux encore lorsqu'il s'agit d'un symptôme non plus moteur, mais sensitif ou sensoriel. Il est bien certain, en effet, que l'appareil auditif étant intact chez notre malade, est toujours soumis en réalité aux influences extérieures, est toujours ébranlé par les impressions qu'il subit passivement. Il n'y a pas d'hypofonctionnement possible. Si une lésion de ce genre existait, elle ne pourrait siéger que sur les fibres centripètes, qui apportent les impressions aux centres sensoriels ou sur ces centres eux-mêmes. Mais une telle hypothèse est impossible, puisqu'il n'y a chez Mlle G. aucune surdité verbale ou psychique.

Donc une explication psychologique paraît s'imposer: On pourrait tout d'abord penser à la persistance d'une idée subconsciente qui servirait de base au symptôme. Mais le caractère utilitaire de cette surdité a disparu depuis très longtemps. Les parents de la malade ne viennent plus la voir et d'autre part Mlle G. ne fait aucune difficulté pour parler de sa maternité. Bien mieux, l'idée-force initiale est devenue partiellement consciente ; la malade reconnaît aujourd'hui qu'elle craignait par-dessus tout les reproches de ses parents. Cette émergence de l'idée subconsciente n'a d'ailleurs pas guéri le symptôme objectif. Tout au plus, peut-on admettre que c'est une idée de chronicité, d'incurabilité qui maintient la surdité. Cette malade a souvent exprimé sa croyance dans le caractère irrémédiable de son infirmité. Mais, à plusieurs reprises, sous l'influence d'idées hypocondriaques identiques, elle a présenté d'autres accidents pithiatiques, tels que le mutisme, qui ont guéri grâce à la contresuggestion. Or, ici, la persuasion fut toujours sans effet. On a cependant fait jouer un intérêt puissant, le désir de la liberté. Mlle G., qui désire vivement sortir, sait que sa surdité est une des causes de son maintien à l'asile. On lui a affirmé que sa surdité était simplement nerveuse ; on lui a montré le résultat de l'examen des auristes : « C'est possible, répond-elle, mais je n'entends pas. » Il faudrait donc ne voir dans cette persistance qu'une sorte d'entêtement, d'amour-

©BIUM

propre à ne pas reconnaître la nature imaginative de son infirmité. La débilité de la malade pourrait plaider en faveur de cette hypothèse, qui nous paraît difficilement défendable.

Une autre explication est à envisager : c'est l'existence chez Mlle G. d'une sorte d'autisme. Rien ne peut mieux réaliser que la surdité, l'isolement du monde extérieur, le repliement sur soi, le refuge dans le rêve et peut-être dans la maladie, c'est-à-dire tous les éléments de ce syndrome qu'a si bien décrit M. Minkowsky. La surdité, d'autre part, représente un terrain très favorable, chez les prédisposés à l'éclosion d'un état schyzophrénique par l'isolement social qu'elle détermine. Mais il ne s'agit ici ni d'autisme primitif ou secondaire, ni de schyzoïdie, ni de schyzophrénie. On ne trouve chez Mlle G. aucun élément schyzophrénique : la malade s'intéresse à tous les événements de l'établissement et de l'extérieur ; elle fait preuve d'activité, d'initiative. De plus, elle désire guérir, elle pleure à l'évocation de son long séjour dans les asiles.

Une autre hypothèse peut encore être émise : la possibilité d'une amnésie systématisée fortifiée et fixée par les années. Mais il ne peut ici être question d'amnésie, puisque Mlle G. entend et comprend les bruits et les paroles produits dans des conditions favorables. Cette amnésie se réduirait dans le cas à une surdité psychique et verbale qui, nous l'avons dit, n'existe pas.

Mais nous sommes ici très près de l'explication que nous croyons la plus plausible. Nous avons la conviction que cette malade n'entend vraiment pas et, d'autre part, qu'elle n'a plus aucune raison utilitaire de maintenir sa surdité. Nous sommes en réalité en présence d'un trouble irrémédiable de l'attention, d'une aprosexie systématisée et fixée par l'habitude. Cette aprosexie est très étroitement et très paradoxalement systématisée, puisqu'elle ne porte que sur les sons qui n'éclatent qu'à une certaine distance de l'oreille. Dès le début, il y eut un rétrécissement du champ de la conscience, selon l'expression classique de M. Janet, ou plus exactement un rétrécissement du champ de l'attention. La portion isolée, d'abord assez étendue, s'est rétrécie dans la suite,

©BIUM

en raison de la gêne trop grande d'une surdité totale. Seuls les bruits quelque peu éloignés de l'oreille ont été négligés, éliminés par une abstraction subconsciente. Remarquons que cette abstraction des sensations auditives est particulièrement facile et fréquente : elle se manifeste dans toutes les formes de concentration de l'esprit et de distraction. Mais l'attention est soumise aux lois positives et négatives de l'habitude. L'aprosexie systématisée de notre malade est ainsi devenue permanente, irréductible. C'est une sorte de stéréotypie automatique, — akinétique, si l'on peut dire, — de l'attention. Comme dans la stéréotypie motrice automatique, la raison de l'attitude n'existe plus ; mais l'attitude subsiste cependant. Ce phénomène est en somme tout à fait comparable à celui que l'on observe chez le meunier qui n'entend plus le bruit de son moulin ou chez le chef de gare que ne réveille plus le fracas des trains, bien qu'il n'ait nullement perdu le souvenir de ce bruit, lorsqu'il lui est nécessaire de l'entendre.

Telle est l'explication que nous proposons ; elle n'est évidemment qu'une hypothèse. Mais il y a lieu de remarquer que l'intérêt de cette pathogénie n'est pas purement théorique et spéculatif. Elle implique, en effet, des conséquences thérapeutiques. Selon que l'on admettra la persistance d'une idée subconsciente ou une aprosexie irrémédiable, la maladie apparaîtra curable ou incurable. Cette malade peut-elle encore guérir ? Nous en doutons. On a essayé de la traiter par la contre-suggestion, par l'éveil du puissant intérêt de la sortie. On a tenté des procédés plus énergiques ; le torpillage n'a pas été essayé ; mais on a fait subir à Mlle G. de multiples pointes de feu. Récemment elle a été fort incommodée par les épreuves du vertige provoqué. Nous lui avons alors déclaré que le traitement allait être prolongé jusqu'à la disparition de la surdité : Tous ces procédés ont échoué.

Nous n'apportons d'ailleurs aucune solution formelle du problème posé par cette malade et nous serions heureux de recueillir d'autres opinions.

©BIUM

Discussion

M. Guiraud. — L'explication psychologique que M. Abély apporte de la surdité subite de sa malade est séduisante. Mais ce qui paraît étonnant, c'est la persistance prolongée pendant des années de cette surdité alors que toute raison valable a disparu puisque les parents dont elle ne voulait inconsciemment pas entendre les reproches sont décédés depuis longtemps.

Si cette malade était présentée après guérison la preuve de l'hystérie serait faite, mais il n'en est rien. Sans doute, les épreuves de l'exploration du labyrinthe semblent paradoxales. J'admets comme possible que l'oreille interne de la malade soit intacte, seulement entre l'oreille interne et le psychisme il y a toutes les voies acoustiques centrales. Une émotion est un phénomène aussi bien organique que psychique et peut causer des perturbations lésionnelles définitives dans les centres nerveux. J'estime que dans ce cas la possibilité d'une lésion organique doit être réservée. Si l'on veut reprendre la question de l'hystérie, il est nécessaire de n'utiliser que des cas indiscutables.

M. Janet. — Pour faire leur preuve, les symptômes hystériques doivent ou bien guérir, ou bien disparaître transitoirement au cours de l'hypnose, dans les rêves ou après une émotion. Je me rappelle une malade considérée comme hystérique chez laquelle un auriste a démasqué la syphilis comme agent pathogène, il a signalé que cette maladie peut provoquer des surdités subites.

M. Capgras. — J'ai observé la malade présentée par M. Abély quelques mois après son accident. La raison qui faisait penser à l'hystérie est que la malade qui percevait la voix parlée à quelques centimètres de son oreille n'entendait pas les bruits les plus violents. Peut-on expliquer ce fait par une atteinte organique ?

M. Janet. — Les auristes affirment que dans certaines surdités organiques les bruits violents ne sont pas entendus bien que la voix soit comprise.

©BIUM

M. ABÉLY. — A propos de la même malade, nous voulions encore attirer l'attention de la Société sur un point particulier : Mlle G. a accouché à Ste-Anne ; elle n'a jamais songé à abandonner son enfant ; elle a supplié qu'on le laissât auprès d'elle. Mais la chose n'était pas possible. La fillette fut placée à l'Assistance publique, tous les parents ayant refusé de l'élever. Or, la loi qui régit les enfants confiés à l'Assistance publique isole totalement aussi bien matériellement que moralement l'enfant de sa mère, jusqu'à l'âge de 21 ans. Non seulement toute visite est interdite, mais encore la mère n'a pas le droit de connaître l'adresse de son enfant, ni son mode d'existence. Pendant 21 ans, tous les trois mois, notre malade a demandé des nouvelles de sa fille à l'Assistance ; on lui répondait par un laconique certificat de vie. Telle est la règle. Qu'un règlement aussi draconien soit imposé aux mères indignes qui ont abandonné volontairement leur enfant, soit ; mais il semble que vraiment la loi devrait être moins rigoureuse dans les cas analogues à celui de notre malade.

M. RAYNIER. — Si la malade n'a pu avoir de renseignements sur son enfant placé à l'Assistance publique c'est par suite d'une erreur de la direction de l'asile. Il y a deux catégories d'enfants assistés : ceux qui sont en dépôt et ceux qui sont abandonnés. C'est à tort que l'administration a placé l'enfant dans cette dernière catégorie. Il n'y a aucune raison de modifier la loi sur les enfants assistés.

M. LEROY. — La question de la surdité et du mutisme hystériques étant aujourd'hui à notre ordre du jour, j'ai pris dans ma bibliothèque un vieux livre du XVIII[e] siècle, contenant de curieuses observations anciennes, et je me permets de vous en rapporter quelques-unes, au point de vue purement historique et pittoresque.

« Un paysan, âgé de 40 ans, était devenu sourd et muet. Comme ce pauvre homme n'était pas fainéant, une veuve, qui avait l'oreille un peu dure, en eut pitié et le retira chez elle pour y travailler. Après deux ans de travaux et de peines, un jour qu'il faisait un fossé, il entendit le son

©BIUM

d'une cloche ; ce qu'il fit connaître à ses camarades en frappant avec ses doigts. Depuis ce temps-là, il continua de bien entendre.

Douze ans après, étant sorti avec quelqu'un de ses camarades le 12 avril 1680, le jour des Rameaux, la servante de la maison ferma sa porte à son ordinaire, croyant qu'il était rentré et elle s'en alla coucher. Celui-ci étant arrivé trop tard, et trouvant la porte fermée, se retira dans la maison voisine et se coucha dans un grenier à foin. On le pria d'éveiller de bonne heure les domestiques le lundi pour aller au marché. Gilbert, donc, étant couché dans ce grenier, entendit une voix, à ce qu'il raconta, ou rêva d'avoir entendu ces paroles : « Gilbert, lève-toi et parle ». Il se leva, alla frapper trois fois à la porte de ce voisin, chez qui il était, sans qu'on lui répondît. Il alla frapper à celle de sa maîtresse ; la servante, qui s'éveilla, demanda qui c'était ? Il répondit : « C'est Gilbert, Dieu m'a rendu la parole, qu'il soit loué et glorifié »...

Th. Bartholin, Act. Haffn. 1671, observ. 71, dit qu'un citoyen de Copenhague, que *Borrichius* avait connu, étant devenu muet, était resté pendant quatre ans dans cet état. Un jour qu'il passait sur un pont de bois qui sépare la ville, il rencontra une vieille femme qu'il détestait depuis longtemps. Transporté de colère et animé par le désir de se venger, il lui dit : « *Que le diable t'emporte* ». Il fut dans un étonnement extrême de s'entendre parler et fort mortifié contre lui-même d'avoir commencé à faire usage de la langue par des jurements, et de s'être mis en colère dans une rencontre si favorable pour lui. Il est probable, dit *Bartholin,* qu'un grumeau de sang ou qu'une pituite épaisse s'était arrêtée à l'entrée de l'artère de la langue et avait comprimé les nerfs voisins, mais que le mouvement de colère où il s'était mis avait agité le sang, l'avait brisé et avait détruit l'obstacle...

« *Valère Maxime lib. I* fait mention d'un nommé Æglis, de l'île de Samos, qui était muet. Ce lutteur ayant un jour été victorieux, et ne pouvant avoir le prix de la victoire qu'on lui refusait, il en fut si indigné que les efforts qu'il fit pour se plaindre lui rendirent la voix. La raison de ce prodige est que la colère excite dans le sang un mouvement impétueux qui brise et atténue les humeurs visqueuses, capables de causer des embarras dans les nerfs (1) ».

(1) *Observations rares de médecine, d'anatomie et de chirurgie,* traduites du latin de M. Vander-Wiel par M. PLANQUE, docteur en médecine, *chez D'Houry, Paris.* M.DCC.LVIII.

©BIUM

Souvenirs infantiles et idées de grandeur

par M. GUIRAUD (1)

Sur un cas de simulation de troubles mentaux ayant duré de novembre 1920 à janvier 1922

par les Drs LAGRIFFE et N. SENGÈS

Le sujet assez curieux qui fait l'objet de la présente observation est un jeune homme âgé de 25 ans au moment des faits que nous allons rapporter.

De bonne heure il a manifesté des instincts antisociaux. Placé dans une maison de correction à l'âge de 14 ans pour vagabondage et prostitution précoce, il s'est évadé de l'établissement où il était retenu. Mobilisé en 1914, il aurait été blessé et évacué à l'intérieur. En 1917, il prétend qu'il était au fort de Frouard, dans la région de Toul, et qu'il était en traitement à l'infirmerie pour blennoragie et chancre. On perd sa trace depuis cette époque. Son histoire commence pour nous au mois de novembre 1920 et se termine au mois de mars 1922.

Nous allons la résumer.

Au mois d'octobre 1920, cet individu était condamné à 20 ans de travaux forcés par la Cour d'assises des Côtes-du-Nord pour vol qualifié. Il était de plus réclamé par plusieurs conseils de guerre et parquets pour répondre de crime, de désertion, de vols qualifiés et enfin d'un meurtre.

C'est dire l'intérêt puissant qu'il avait à simuler des troubles mentaux dans l'espoir d'être placé dans un asile d'aliénés d'où il espérait pouvoir s'évader facilement.

---

(1) Cette communication sera publiée comme article original dans les *Annales*.

©BIUM

Le 24 novembre 1920, soit un mois après sa condamnation, le gardien chef de la prison signale que le condamné donne des signes « d'incohérence ». De plus, « il a pris un bain de pieds dans sa tinette, répandu de l'urine et des matières fécales dans sa cellule ». Transféré à la prison de Brest pour l'instruction d'une nouvelle affaire, un meurtre dont on le soupçonne d'être l'auteur, il répond d'une façon constamment absurde au juge. Toute instruction est impossible.

Le juge d'instruction le fait examiner au point de vue mental par le Dr Lagriffe qui dépose son rapport en mars 1921 avec les conclusions suivantes :

« F. simule l'aliénation mentale, mais en réalité n'est pas actuellement atteint de troubles mentaux. »

L'instruction n'en demeure pas moins impossible, car cet homme qui se voit traité de simulateur ne modifie nullement son attitude pendant les semaines et les mois qui suivent.

Au mois d'août, soit *dix mois* après le début de sa simulation, le gardien de la prison fait connaître au juge d'instruction que « non seulement le nommé F. ne cesse de tenir des propos incohérents, mais il mange ses excréments après les avoir mélangés à sa soupe, et cela sans sourciller ». Et il ajoute : « Le fait a été observé par le surveillant qui l'observait sans être vu de l'intéressé. »

L'état présenté par cet homme paraissant revêtir des apparences assez troublantes et toute information judiciaire étant plus que jamais impossible, la Cour de Rennes a ordonné un supplément d'information et désigné trois experts pour procéder à un nouvel examen mental. A la prison de Brest, quand nous le voyons pour la première fois, cet homme est accroupi dans sa cellule, les entraves aux pieds (car on se méfie de lui). Il a déchiré son pantalon et sa vareuse et n'est plus vêtu que de sa chemise. Il a répandu le contenu de sa tinette sur le parquet et marché dans les matières fécales dont il est souillé. Le gardien prétend qu'il ne dormirait pas depuis 8 à 10 jours. On l'entendrait marcher la nuit, rouler sa tinette dans sa cellule, pousser des sortes de grognements. Il mange sa nourriture avec les mains.

©BIUM

Une fois, on l'aurait vu mettre des matières fécales dans la bouche. Ses réponses sont absurdes, complètement inadéquates aux questions posées.

On lui demande, par exemple : « Où êtes-vous ici ? — R. : Pierre de Courcelles. Ah ! c'est ce soir. Ah ! vous ne l'avez pas vue ? Le Ministre est un coquin. 300.000 fr. tout en or. Je ne vous dirai rien parce que le ripolin ne vaut rien, etc... » L'impression est celle d'un simulateur grossier qui croit jouer la folie en jouant l'absurdité pure...

Et cependant cette situation se prolonge depuis dix mois et il n'ignore pas les conclusions de l'expert qui ont affirmé qu'il simulait les troubles mentaux, mais qu'il n'était pas aliéné. Il désirait sans doute être envoyé à l'asile. Comme il a fait preuve d'une ténacité extraordinaire et que devant la persistance de son attitude toute instruction est impossible, nous le faisons transférer à l'asile d'aliénés afin de l'examiner de plus près, de l'observer et de le faire observer attentivement.

Voici comment il se présentait à ce moment-là : la tête basse, les yeux regardant en bas, les bras croisés sur la poitrine. Le regard n'est pas éteint comme chez les confus ou les déprimés. Il ne se fixe pas, il s'écarte mais sans brusquerie quand on le regarde. Si on essaye de lui relever la tête, il faut vaincre une résistance très grande et il reprend son attitude quand on l'abandonne.

Il répond presque toujours à nos questions, mais ses réponses sont toujours absurdes et sans aucun rapport avec la question posée. Elles défient toute vraisemblance, toute logique, elles sont toujours grossièrement absurdes et imprévisibles dans leur absurdité.

Voici quelques exemples : « Avez-vous voyagé en chemin de fer hier ? (il vient d'arriver de la prison de Brest). — R. : Ça fait 3 ans et demi. J'ai couché chez moi ici, ça fait 6 ans 3 mois. » Réponses de simulateur classique.

« Connaissez-vous cette pièce ? — R. : C'est l'antichambre du capitaine. — D. : Est-elle meublée ? — R. : Il y a un bidet (lampe électrique). On lui montre alors l'ampoule électrique. R. : Il n'y a pas de lampe. — Le lit... est un *piano*, une montre... une burette pour

©BIUM

mettre de l'essence, une casquette... un panier en fil de fer, une autre montre... un pansement. — D. : Asseyez-vous sur la chaise. — R. : Il n'y a pas de chaise... c'est un réchaud qui brûle... » On pourrait citer à l'infini des réponses de ce genre. Elles n'ont pour ainsi dire jamais varié. Sale à la prison, il est propre depuis son arrivée. Il urine et va à la selle dans un vase, il ne le renverse pas, il ne souille pas sa cellule. Il a parfaitement dormi et le matin nous le surprenons dormant profondément dans son lit.

Il semble qu'on soit sur le point de confondre un simulateur qui se trahit lui-même dès le premier jour.

Mais cette attitude nouvelle qui a été sans doute la conséquence d'une défaillance de sa volonté devait être de courte durée. La période de propreté prend fin au bout de quelques jours. Il commence à uriner dans sa cellule et à faire ses besoins sur le parquet. Il passe ses journées à tourner autour de sa cellule, les bras croisés sur la poitrine, le dos légèrement voûté, ou bien il s'accroupit sur le parquet.

On ne le surprend jamais plus au lit le matin.

Il n'adresse jamais la parole au surveillant. Il leur répond, si ceux-ci lui posent des questions, mais ses réponses sont toujours absurdes. Il est le neveu de l'Empereur de Tartarie, le Ministre lui a volé 300.000 fr. en or. Si on l'interpelle par son nom véritable, il ne répond pas, ou il déclare ne pas connaître ce monsieur.

Cette situation se prolonge pendant des semaines. Son attitude mimique est invariable. On ne l'a jamais surpris en défaut. Ses réponses toujours les mêmes, prenant le contrepied de la vérité élémentaire et de l'évidence. Paris est la capitale de la France, mais n'est pas aussi grand que Bakoust. Il ne connaît ni Marseille, ni Grenoble (il est recherché par les parquets de ces deux villes). Les principaux fleuves de la France sont la Manche, la Seine... Il n'y a pas de montagne en France.

Nous avons assisté, dans les semaines et les mois qui ont suivi, à l'apparition progressive de gâtisme vrai et à l'apparence de stéréotypies (grognement répété toutes les deux ou trois minutes et une sorte de trépignement des pieds, très bruyant : il sautait alternativement sur

©BIUM

un pied et l'autre, avec une régularité et une monotonie remarquables.

Sa passivité paraissait complète. Il se laissait conduire comme on le voulait, mais ne résistait pas. En revanche, il n'obéissait pas si on lui parlait seulement, et il s'éloignait si on ne le retenait pas.

Il a accepté une P. L. avec une indifférence absolue. Il a paru tout à fait insensible à la piqûre et n'a manifesté aucun mouvement de recul ou de défense.

Placé au milieu des malades, il n'a paru ni les voir, ni les entendre. Il n'a modifié en rien son attitude et ses réponses, qui provoquaient le rire des malades qui l'entouraient... Il devient gâteux. Il gâte d'abord dans son pantalon, puis dans son lit. Un matin, on le trouve dans son lit, complètement souillé de matières fécales.

Ses réponses sont du même type absurde. Il invente les réponses les plus saugrenues, les plus opposées à l'évidence, accumule les contradictions les plus grossières, nie à l'instant ce qu'il vient de dire quelques secondes auparavant... Il semble faire la caricature de la simulation.

A l'acmé en quelque sorte de cet état, il se présentait objectivement avec quelques apparences d'un catatonique. Attitude invariable, sortes de stéréotypies motrices, monotonie indéfinie de la conduite, malpropreté ou plutôt gâtisme à cette période, indifférence apparente... S'il avait simulé le mutisme au lieu de répondre comme il le faisait, un diagnostic de simulation eût été très malaisé.

Il a joué son rôle jusqu'à épuisement. Et un moment, il a mis quelques doutes dans notre esprit. Nous nous demandions si cette apparence grossière, ce syndrome de Ganser ne cachaient pas le début d'une véritable psychose.

Une après-midi, il s'affaisse dans la cour. On le couche, il refuse de manger. Le lendemain, nous le trouvons dans son lit complètement souillé de matières fécales et la tête complètement enfoncée dans le lit. Cette situation se prolongeait, paraît-il, depuis plusieurs heures, s'il faut en croire le chef de quartier qui avait voulu nous montrer ce spectacle !

©BIUM

On le découvre, il tombe de son lit et est incapable de se tenir debout.

Il présente une véritable paraplégie fonctionnelle. En effet, on le soutient, ses jambes fléchissent et, si on l'abandonne, il se laisse tomber brutalement. Maintenant, il est *épuisé*.

Les réflexes tendineux sont normaux, mais il y a une *insensibilité* à la piqûre sur presque tout le corps. On peut traverser la peau des cuisses, des bras, sans qu'il manifeste le moindre mouvement ou un signe de douleur, sauf à la région inguinale et au niveau de la fosse iliaque qui se révèlent sensibles.

Quelques jours auparavant, nous avions pu approcher une allumette allumée de son visage, la faire passer sous son nez en noircissant le lobule du nez sans qu'il ait un mouvement de recul. On peut également diriger vers l'œil la pointe d'une épingle et l'approcher presque en contact sans qu'il se produise du clignement de paupières. Mais le contact de la tête de l'épingle avec la conjonctive provoque un clignement des paupières de faible amplitude.

Le gâtisme persiste. Il répond à nos questions d'une voix faible. Il fait entendre encore quelques grognements et claquements de la langue, mais beaucoup plus faiblement.

2e *période.* — Le 25 janvier, soit *4 jours après*, on assiste à une transformation subite, à un deuxième acte, qui marque la fin de la simulation, par un procédé des plus ingénieux, qui lui permettait de se tirer avec habileté de l'aventure. Il tombe du lit. On le relève et on le replace dans son lit, où il continue à garder l'immobilité. Un quart d'heure après, environ, il sort de cet état, paraît « se réveiller », et il demande au surveillant de lui dire à quel endroit il se trouve. Devant sa réponse, il feint un grand étonnement. Le lendemain, nous le voyons assis dans son lit, les yeux ouverts, regardant nettement devant lui, dans une attitude que nous ne lui avions jamais connue. Il nous demande de lui expliquer ce qui lui arrive. Il prétend qu'il ne comprend pas et il porte plusieurs fois la main à sa tête en disant : « Oh ! ma tête, ma tête ! »

©BIUM

Il nous donne des renseignements sur son état-civil véritable, sa famille, etc., la maison de correction où il a été placé vers 15 ou 16 ans, et les 2 premières années de la guerre. Il se revoit blessé en 1916 à Bordeaux, puis ses derniers souvenirs sont de 1917, à l'ambulance du Fort de Frouard, où il a été évacué pour blennoragie et chancre. Il ne se rappelle plus rien ensuite. Tout est noir... Il pense qu'il est venu de l'ambulance *ici*.

Il ne comprend pas ce qu'il fait dans un asile d'aliénés ; « Loin d'être fou, il va le devenir. »

A partir de ce moment, il s'est comporté comme un sujet normal, mais il a manifesté un étonnement profond quand il a paru s'apercevoir de la date : janvier 1922 !

Alors qu'est devenue sa vie depuis cette époque ! depuis 1917 !

Il a prétendu ne pas pouvoir retrouver ses souvenirs depuis l'ambulance :

« *Depuis lors, c'est le néant !* »

Cette période de sa vie est précisément la période de délinquence et de criminalité. Il s'est montré absolument irréductible.

Sa vie s'arrête pour nous en 1917. Un volumineux dossier judiciaire le montre singulièrement chargé. Déserteur, il est réclamé par 2 conseils de guerre et par plusieurs parquets.

Et il doit rendre compte du crime de meurtre devant les assises du Finistère !

Il a joué jusqu'au bout son rôle. Il s'est retranché derrière une amnésie complète. Il n'a pas nié. Il a dit qu'il ne se souvenait de rien, mais qu'on lui avait dit autrefois qu'il était sujet à commettre des actes dont il ne conservait aucun souvenir.

L'expert armurier était venu affirmer que le meurtre avait été commis avec un revolver qui était sa propriété. Il a été condamné aux travaux forcés à perpétuité.

Cette simulation, dont les premières manifestations remontent au mois de novembre 1920, s'est donc pro-

©BIUM

longée pendant toute l'année 1921, pour se terminer le 25 janvier 1922. Sa durée est donc de 15 mois.

Encore cet individu a-t-il continué à alléguer une amnésie totale de ses souvenirs depuis 1917 jusqu'à l'heure de son prétendu « réveil », c'est-à-dire jusqu'au moment où, complètement épuisé, il a dû cesser de simuler.

Déclaré simulateur en mars 1921, on peut se demander pourquoi cet homme a continé à simuler des troubles mentaux, à la prison d'abord, puis à l'asile.

A la prison, il est probable qu'il espérait ainsi retarder l'instruction de l'affaire de meurtre dans laquelle il était inculpé et se faire expédier à l'asile, d'où il espérait pouvoir s'évader plus facilement que de la prison.

A l'asile, la persistance de son attitude peut s'expliquer par l'intention d'endormir la surveillance dont il était l'objet, toujours dans la même intention de s'évader quand il pourrait en saisir l'occasion. Peut-être espérait-il également être maintenu à l'asile et ne pas retourner à la prison, car il ignorait à peu près certainement dans quelles conditions il était entré à l'asile, et il pouvait supposer que sa simulation continuée en prison avait fini par tromper les experts qui l'avaient fait interner.

Ce qui est curieux, c'est qu'il ait joué son rôle jusqu'à épuisement. Il espérait probablement que les experts, devant son attitude, rédigeraient un rapport concluant à la nécessité de le maintenir à l'asile. Ainsi, il aurait échappé aux conséquences redoutables de ses multiples affaires de vol qualifié, désertion et meurtre.

Il n'a jamais avoué sa simulation et il s'est retranché derrière une amnésie également simulée, qui lui a permis de se présenter comme un personnage étranger à l'affaire de meurtre pour laquelle il devait rendre des comptes. D'après son passé, on voit que cet homme était un précoce pervers et que, dès l'âge de 14 ans, il avait été placé dans une maison de correction, pour vagabondage spécial. Il s'en était évadé. Il avait été incapable d'apprendre un métier, non par inintelligence mais par paresse et instabilité.

©BIUM

Déserteur pendant la guerre en 1917, il avait fini par faire partie d'une bande de cambrioleurs. Il était recherché pour plusieurs affaires de vols par un certain nombre de parquets de province.

Il habitait Paris. Il vivait dans un milieu de souteneurs et de filles.

Toutes ces indications complètent le personnage et permettent de comprendre la ténacité qu'il a apportée dans sa simulation.

Au point de vue de la pratique médico-légale, son histoire démontre que, malgré des apparences grossières de simulation, il peut être très malaisé et en tous cas très long pour les experts de démasquer un simulateur décidé à lutter jusqu'à épuisement.

Mélancolie et asthénie-manie alterne

par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice Général de Nantes

SOMMAIRE. — *Etiologie générale de la psychose périodique. Mélancolie vraie et asthénie secondaire. Accès asthéno-maniaque : guérison, manie chronique, manie intermittente, asthénie-manie alterne et circulaire. — Diagnostic. — Réactions délictueuses et criminelles. — Observation. — Conclusion.*

Toutes les causes d'épuisement nerveux paraissent susceptibles d'engendrer la psychose périodique : les infections, les plus variées ; les intoxications, mais en aucun cas l'alcoolisme qui ne semble jamais être un facteur d'asthénie ; les traumatismes du crâne, du tronc et des membres ; les douleurs physiques aiguës, plus ou moins prolongées ; les chocs émotionnels douloureux ; les états passionnels ; enfin, le surmenage musculaire ou intellectuel. C'est cette dernière cause, qui, à notre avis, est de beaucoup la plus commune à l'origine des dysthénies périodiques ou psychoses intermittentes.

©BIUM

La mélancolie vraie, simple ou délirante, — qui est primitivement et essentiellement un syndrome hyperthymique, ou un accès d'hyperthymie, à base de chagrin, — se complique constamment d'asthénie secondaire. Cette asthénie, de constatation aisée dans les cas purs ou sans délire, est voilée dans les autres formes par les idées vésaniques de culpabilité, par l'agitation anxieuse, etc. Elle peut durer des mois, sinon des années ; dans l'exemple que nous rapporterons, elle a certainement duré plus de six mois. D'ordinaire, enfin, elle se dissipe lentement, après les phénomènes délirants et anxieux. C'est à ce moment que sont possibles les complications dysthéniques. En effet, l'asthénie, au lieu de disparaître simplement, peut faire place à la manie : autrement dit, à l'amyosthénie et à l'anidéation, qui caractérisent l'asthénie, succèdent l'hypermyosthénie et la fuite des idées, qui sont le propre de l'excitaion maniaque. La mélancolie est donc susceptible de se terminer par un accès d'asthéno-manie, secondaire à l'état moral douloureux. Cet état maniaque évolue :

a) vers la guérison et il peut ne plus jamais se reproduire ;

b) vers la chronicité : manie chronique secondaire à un syndrome mélancolique vrai primitif ;

c) vers la manie intermittente : accès maniaques purs à intervalles plus ou moins éloignés ;

d) vers la folie circulaire de Jean-Pierre Falret (1851), ou la folie à double forme de Baillarger (1854), que nous dénommons l'asthénie-manie circulaire ou l'asthénie-manie alterne.

⁂

C'est un cas d'asthénie-manie alterne à la suite de mélancolie vraie, délirante et anxieuse, que nous présentons ici. Les phénomènes d'épuisement nerveux, qui coexistaient depuis plusieurs mois avec les idées de culpabilité et avec l'anxiété, ont disparu pour faire place à un petit accès maniaque qui, chose remarquable, s'est dissipé au bout d'une dizaine de jours. Après une période de deux mois environ, la malade a

©BIUM

commencé le cycle de ses accès de manie et d'asthénie alterne, — accès de courte durée, — et cela sans interruption jusqu'à ce jour, c'est-à-dire de 1909 à 1927.

Les accès de manie et d'asthénie surviennent sans motif connu ; ils ne sont pas déterminés par des causes extérieures. En conséquence, ils sont aisés à différencier des alternatives d'excitation et de dépression qu'on observe chez les hyperthymiques constitutionnels ; ceux-ci sont toujours en relation avec les faits de la vie quotidienne, tantôt douloureux, tantôt agréables. Au reste, les *périodiques* sont des « *cyclosthéniques* » types, cependant que les *hyperthymiques* congénitaux sont des « *cyclothymiques* » dans le sens précis et exact du mot.

Chez notre malade, la cause directe de la psychose périodique paraît avoir été l'accès de mélancolie dont elle a été affectée à l'âge de 25 ans, en 1909. Le surmenage, physique ou intellectuel, fait ici défaut. La malade a bien déclaré que, depuis l'âge de 12 ans, elle a toujours travaillé dur ; on se rend compte, à l'entendre, et aussi d'après le témoignage des tiers, que cette femme était laborieuse, courageuse, mais on ne voit pas nettement une période d'excès de travail qui déclenche l'affection périodique, alors qu'au contraire le choc émotionnel est évident et que son action a été immédiate. On peut dire toutefois que, chez une personne se surmenant habituellement, un tel fait émotionnel a favorisé le passage de l'asthénie à la manie. Ajoutons, enfin, que notre patiente porte une lourde hérédité vésanique, et que dans les maladies relevées chez les ascendants et chez les collatéraux, on trouve constamment des éléments hypo ou hypersthéniques. Cette constatation intéressante incline à reprendre, chez l'homme, la question de la dégénérescence nerveuse et psychique.

⁂

Nous avons observé la malade dont l'observation suit à l'occasion d'un menu délit de bris de clôture. Il est digne d'être rappelé que, d'une manière générale,

©BIUM

les maniaques, même ceux dont l'agitation est la plus intense, ne sont que rarement des malades très dangereux. Les crimes commis dans la rue par des aliénés ne sont jamais, peut-on dire, des crimes de maniaque. Si excités qu'ils soient, les maniaques semblent conserver toujours une certaine lucidité, qui les protège contre les impulsions homicides ou incendiaires. Nous n'avons, personnellement, observé qu'un cas d'homicide sous l'influence de la manie ; ce fait a eu lieu dans un asile d'aliénés, et nous estimons qu'il aurait été évité avec un personnel éduqué et stable.

⁂

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Femme, 42 ans (1927). Mélancolie délirante, anxieuse, à 25 ans, en 1909 ; asthénie secondaire et phénomènes maniaques de courte durée à la fin de la maladie. Manie-asthénie alterne, de 1910 à 1927. — Acccès maniaques de forme légère (hypomanie) ; accès asthéniques sans délire. mais bien caracérisés. Durée des uns et des autres, de trois à quatre semaines. Durée da l'état normal, un à trois mois. — Délit au cours d'un accès maniaque.*

La nommée Erletm..., Hélène, femme M..., ménagère, 42 ans, née le 13 avril 1884, à N..., demeurant Avenue O'Neil, à N..., est inculpée de bris de clôture, le 8 décembre 1926.

Les faits et le dossier. — Le 21 novembre 1926, la nommée E... faisait l'objet d'une plainte près de la gendarmerie de la Ville-en-Bois, de la part de M. Lenormand Léon, âgé de 64 ans, retraité d'octroi, demeurant quai de la Fosse : celui-ci déclarait qu'il avait la garde et l'entretien d'un petit jardin qui appartient à son fils et qui joint la petite propriété de la nommée E... ; M. Lenormand l'a entouré d'une clôture et fermé d'une barrière. Or, le 21 novembre, vers quatorze heures, en arrivant à son jardin, il a surpris l'inculpée en train de démolir sa barrière avec une hachette. Elle avait déjà arraché une planche et elle attaquait le contrefort en bois qui maintient la barrière à son extrémité. A la vue de M. Lenormand, elle est partie chez elle en courant. Quelques instants après, elle s'est introduite dans le jardin du plaignant en escaladant un petit mur qui sépare les deux terrains, et, montant sur

©BIUM

un banc qui appartient à M. Lenormand, elle aurait fait semblant de remettre en place un panneau qui forme séparation entre les deux propriétés. Ensuite, elle s'est mise à injurier son voisin ; elle l'a traité notamment de vieux macchabée, accompagnant ses discours de gestes grossiers, en particulier du geste de montrer son derrière.

La nommée E... est considérée dans son quartier comme ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés mentales. Un témoin l'a vue faire des gestes comme si elle jouait au théâtre. Elle chante, crie, insulte. Parfois, elle se met à genoux, lève les bras et les yeux au ciel. On l'a vue se coucher dans son jardin et faire comme si elle était morte. Parfois, dans ses accès de colère, elle gifle son mari. Quelqu'un enfin signale que, par périodes, elle est calme, paisible, ne dit rien à personne, puis qu'après, elle devient exaltée et grossière. Elle a été placée à cinq reprises à l'asile des aliénés de St-Jacques, en 1909, en 1913, en 1917, en 1919 et en 1921.

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été puisés au dossier ou fournis par l'inculpée.

Son père, boucher, est décédé à 67 ans, en 1922 ; opéré de hernie, il est devenu « neurasthénique » à la suite de l'intervention chirurgicale ; il s'est suicidé après avoir été traité à l'établissement des aliénés. Sa mère est vivante et bien portante : elle a mis quatre filles au monde. L'aînée, mariée, a été frappée d'aliénation mentale et est défunte à l'asile à 32 ans. Les deux autres sont mariées : l'une d'elles est de mœurs légères ; elle a abandonné son mari, dont elle a eu trois enfants, et l'aîné de ces enfants, un fils, est affecté de démence précoce, avec manie atypique ; il est séquestré à l'asile des aliénés. Le père de la grand'mère paternelle de l'inculpée a été placé à l'asile pour manie, en 1890-1891. Enfin, un oncle du côté maternel, atteint d'épilepsie, compliquée très probablement d'asthéno-manie, est décédé à l'asile des aliénés en 1893.

Elevée par une nourrice, dans les environs de N..., à T..., elle aurait eu le croup à l'âge de deux ans. Elle n'a pas présenté de convulsions. Elle a été réglée à 13 ans ; les règles ont presque toujours été douloureuses. — Intelligente, active, elle a reçu une bonne instruction primaire. Elle a appris le métier de giletière ; elle a été vendeuse dans un grand magasin ; enfin, chez ses parents, elle travaillait au commerce de la boucherie. Depuis l'âge de 12 ans, elle a, dit-elle, toujours travaillé « dur ». — Elle s'est mariée à 38 ans, en 1922 : elle n'a fait aucune gros-

©BIUM

sesse. — Elle jouit d'une santé générale satisfaisante ; elle n'a été atteinte d'aucune affection organique grave, pulmonaire ou autre, malgré un état de maigreur habituel.

Histoire clinique. — Le 9 décembre 1909, à 25 ans, l'inculpée, affectée de mélancolie délirante et anxieuse, entrait pour la première fois à l'asile des aliénés. Elle exprimait des idées de culpabilité ; elle s'accusait de noirs forfaits ; elle disait avoir livré ses parents au bourreau. Elle craignait d'être arrêtée par la police. Elle refusait de s'alimenter.

La famille, à cette époque, a déclaré que la malade aimait un jeune homme, que celui-ci était parti pour de lointains pays, et qu'elle en avait été très affligée. Les troubles mentaux auraient débuté en août 1909 : elle ne dormait plus, parlait seule, sans cesse. Un séjour à la campagne n'avait pas amélioré son état.

Voici les détails que nous a donnés la malade sur cet accès. « J'ai connu à 14 ans (en 1898) un jeune Sénégalais de Konakry ; c'était le fils d'un riche commerçant ; il faisait ses études à Nantes. Il est parti en 1900. J'avais pour lui un véritable penchant. Nous avons échangé des lettres jusqu'à la fin de 1908 : je l'aimais. Quand il m'a annoncé qu'il cesserait de m'écrire, j'ai éprouvé une sorte de choc au cerveau. J'avais le cœur serré. J'ai eu beaucoup de chagrin et c'est comme cela que je suis devenue malade. Je me voyais coupable. J'ai vécu pendant près d'un an comme dans un cauchemar : je croyais que mes parents étaient morts à cause de moi. J'avais des peurs tout le temps... Par moments, j'étais anéantie et je ne pensais plus à rien du tout... »

Le délire s'est dissipé le premier, à l'asile, d'où elle sortait le 15 mars 1910. La dépression ou asthénie post-hyperthymique qui accompagnait l'affection et durait depuis plusieurs mois a disparu petit à petit, mais pour faire place à ce que la malade appelle un petit accès « d'excitation nerveuse » (hypomanie certaine). Celui-ci a duré une dizaine de jours, et ensuite l'entourage a cru la guérison complète.

Depuis cette époque (1910), la malade est affectée de courts accès de manie, puis d'asthénie, qui durent, chacun d'eux, de trois à quatre semaines, et qui sont suivis d'une période d'état sthénique normal, dont la durée va de un à trois mois. — La malade a été placée cinq fois à l'asile : la deuxième fois, du 12 décembre 1913 au 11 février 1914, pour excitation maniaque, et, dès la fin de décembre, on

©BIUM

notait de l'asthénie ; — la troisième fois, du 29 décembre 1917 au 27 mars 1918, pour « dépression mélancolique » (asthénie pure) ; — la quatrième fois, du 3 juin 1919 au 11 août 1919, pour dépression encore, avec gémissements, refus d'aliments, négativisme ; — la cinquième fois, du 11 janvier 1921 au 6 avril 1921, pour hypomanie : « Elle se dit une sainte. Elle parle de la Vierge de Lourdes. Elle dit que sa Mère est une Sœur de charité, que son Père est Jésus-Christ. Elle veut se marier. » On note : euphorie, déclamations, insomnie, chants, pleurs.

Examen spécial : 9 décembre 1926-24 janvier 1927. — L'examen dans le temps actuel, comme l'examen rétrospectif au moment de l'acte, établit l'existence de troubles mentaux chez l'inculpée.

Lors de nos premiers examens, la nommée E... s'est présentée devant nous en état d'excitation hypomaniaque : elle parlait d'abondance avec force gesticulations. Il était à peu près impossible de l'entretenir du délit de bris de clôture qui lui est reproché : elle passait d'un sujet à un autre, disant tout ce qu'elle pensait. Tantôt elle parlait de sa famille avec prolixité, donnant des détails sur sa sœur qui s'est mal conduite ; tantôt elle évoquait, sans réticence et devant son mari présent à l'interrogatoire (la malade n'était pas détenue à la prison), l'amour qu'elle eut pour ce jeune Sénégalais qui lui écrivit pendant près de dix ans : « J'adorais ce garçon, dit-elle. Je me suis fait des illusions » ; tantôt elle s'emportait contre le frère de son mari qui est venu l'insulter chez elle, etc. L'idéation était rapide, mobile ; les gestes nombreux, brusques ; l'œil vif ; les propos sarcastiques ou joyeux. A noter que la malade était particulièrement irritable, mais ses actes, dans la colère, n'étaient pas violents. Elle ne se livrait à aucun scandale sur la voie publique : d'après un témoin, le fait serait arrivé une fois au cours d'un accès antérieur : elle fut appréhendée sur la place Royale pour s'y être montrée particulièrement exubérante, dans une tenue négligée, chantant et dansant sans retenue.

Vers le milieu de janvier, nous trouvons la malade complètement transformée ; elle est abattue, déprimée, ne parle presque plus, sauf sur questions. Elle est cependant venue seule à notre cabinet de consultation. Elle dit : « Ça ne va pas comme je veux. J'ai de l'anémie, de la faiblesse du sang. Je me sens fatiguée. Chez nous, je travaille un peu, mais presque pas. Je ne pense à rien. Je ne peux réfléchir. J'éprouve une sorte de vide dans la tête. De me voir comme je suis, cela me donne des idées noires. » Elle

©BIUM

ressent des maux d'estomac, de la constipation, des maux de reins, des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, des troubles subjectifs de la vue. (Un témoin dit que, quand elle est déprimée, elle reste quelquefois deux ou trois jours au lit : elle est incapable même de faire la cuisine pour son mari).

Au moment de l'acte, la malade était dans l'état hypomaniaque que nous avons observé lors de nos premiers examens ; exaltée, coléreuse, elle a dirigé ses ressentiments contre son voisin parce que celui-ci se moque volontiers d'elle, l'a insultée plusieurs fois, fait des allusions à ses internements, etc.

⁂

La mélancolie vraie, simple ou délirante, est une affection psychopathique à part, qui peut apparaître à tous les âges, mais qui est plus commune entre 45 et 60 ans. Elle ne saurait être classée nosologiquement dans la psychose maniaco-dépressive. L'erreur commise par Kraëpelin s'explique, en partie, par ce fait qu'un accès de mélancolie ordinaire est susceptible de se compliquer de folie intermittente. Mais ne sont-ce pas là deux questions bien différentes ? Notre malade, frappée de mélancolie à 25 ans, a été affectée dans la suite, d'asthénie-manie alterne, parce que l'asthénie qu'avait déterminée l'état douloureux mélancolique s'est transformée à la fin de l'accès en manie, et que dans la suite un cycle névropsychopathique s'est trouvé constitué et ce définitivement. Quel biologiste nous dira les altérations humorales de ces malades et la thérapeutique rationnelle à instituer pour éviter le retour des accès ?

La séance est levée à 18 h. 30.

Les secrétaires des séances,
BUSSARD, GUIRAUD.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHIATRIE

Les Rapports des Langages Néologiques et des Idées Délirantes en médecine mentale, par le Dr G. Teulié. Un vol. de 164 pages, Picard, à Paris, et Lorentz, à Leipzig, éditeurs, 1927.

L'auteur étudie, en se servant des travaux de MM. Cénac, Quercy, etc... et de huit observations personnelles très longues et bien prises, les langages néologiques des aliénés. Il en donne au début la classification suivante :

1° Langages dans lesquels les néologismes sont syntactiques, sans modification profonde du vocabulaire : ce sont les langages pseudo-incohérents.

2° Langages néologiques verbaux, dans lesquels on ne peut trouver aucune règle syntactique : ce sont les glossomanies.

3° Langages néologiques par leur syntaxe et leur vocabulaire : ce sont les glossolalies.

En réalité la différence essentielle entre les deux dernières catégories ne porte pas sur leur syntaxe. C'est tout simplement que les glossomanies sont des jeux verbaux sans aucune signification précise ni pour l'observateur, ni pour l'aliéné. Tandis que les glossolalies ont une certaine fixité dans le sens des formes verbales employées et essayent de former des langages nouveaux.

L'auteur emploie d'ailleurs le mot de syntaxe avec une signification variable, tantôt bien définie, tantôt singulièrement élargie, si bien qu'il en arrive à écrire dans l'observation d'un langage pseudo-incohérent, caractérisé par définition par ses néologismes syntactiques : « Au point de vue de la syntaxe, il n'y a rien à signaler : elle est normale. » (Obs. IV, p. 56).

©BIUM

Ensuite, l'auteur tâche de démontrer que le rôle le plus important dans la création de ces langages néologiques appartient aux idées délirantes, soit directement, soit indirectement par les troubles de l'émotivité et de l'attention qu'elles engendrent.

Je trouve cette proposition beaucoup trop absolue, surtout en ce qui concerne les langages pseudo-incohérents. Je ne vois pas comment M. Teulié différencie la pseudo-incohérence de l'incohérence proprement dite qui est celle des maniaques, des confus et des déments, d'autant plus que plusieurs des observations sur lesquelles il s'appuie sont certainement des observations de maniaques ou d'hypomaniaques, intermittents (Obs. I) ou chroniques (Obs. IV). Il est probable que le trouble primordial est la libération des formes inférieures de la pensée, débarrassées du frein de l'auto-critique, et que cette libération permet la naissance *à la fois* des idées délirantes et des troubles du langage.

Une autre question que ne soulève pas M. Teulie, c'est celle du degré de conviction de ses malades. Dans les glossomanies notamment, il faudrait savoir jusqu'à quel point les aliénés sont persuadés parler, comme ils le disent, le latin, l'hébreu ou le chinois en enfilant les uns après les autres des mots baroques qu'ils forgent à mesure (1).

Au point de vue de la documentation, si M. Teulié connaît bien tous les travaux récents, même étrangers, j'ai été étonné de ne pas le voir citer la « folie discordante verbale » décrite par Chaslin et les observations que celui-ci en donne dans ses Eléments de Sémiologie et de Clinique. Il n'en est pas même fait mention dans la Bibliographie.

Après toutes ces observations, je dois dire que si je les ai faites, c'est justement à cause de la valeur du travail de M. Teulié. On ne voit la nécessité de critiquer que les ouvrages qui en valent la peine. Si c'est, comme je le crois sans en être certain, sa thèse inaugurale, j'estime que l'on en trouve assez rarement d'aussi travaillées et consciencieuses.

J. LAUTIER.

---

(1) Les glossomanies se rencontrent dans la manie la plus typique Elles sont simplement plus intermittentes et de moins longue durée que dans les états délirants. C'est une forme de l'activité de jeu, et les maniaques n'ont aucune conviction profonde de parler une langue réelle.

©BIUM

Les Délires de Métapsychique, par le Dr Henry Aubin, interne à l'Asile de Château-Picon. Un vol. de 99 pages. Imprimerie de l'Université (Bordeaux) édit., 1927.

On s'abuserait si, sur la foi de son titre, on pensait trouver dans ce travail la description d'un syndrome méritant le nom de délire de Métapsychique. L'auteur étudie simplement les idées délirantes, rencontrées dans des états psychopathiques variés, qui ont pour thème des phénomènes métapsychiques. Comme la métapsychique, qui a l'ambition de devenir un jour une science mais qui n'en est qu'à ses premiers balbutiements, étudie tous les phénomènes mal connus, mal classés, inexplicables et à caractère miraculeux, il est rare qu'un délire quelconque ne fasse pas appel à quelqu'un de ses éléments à titre explicatif. Ce qui est exceptionnel, c'est qu'un délirant ne fasse intervenir dans son délire ni la suggestion, ni l'hypnotisme, ni le magnétisme, ni la télépathie, ni les monitions à distance, ni les prémonitions, ni le spiritisme, ni l'occultisme, ni la sorcellerie. C'est dire que tous les états délirants, ou à peu près tous, rentreront dans le cadre de l'ouvrage de M. Aubin.

Il aurait été plus intéressant, mais bien plus difficile aussi, d'étudier l'état mental de sujets qui, sans signe bien apparent d'autres troubles mentaux, présentent l'un quelconque des phénomènes métapsychiques. Je ne crois pas qu'on ait étudié par exemple, avec une science psychiatrique suffisante, l'état mental des personnes ayant reçu une prémonition ou une monition à distance. Le sentiment irraisonné de certitude qui se rencontre quelquefois chez elles, les motifs logiques de s'attendre à telle ou telle monition, le manque d'esprit critique qui fait négliger les monitions non réalisées pour ne tenir compte que des autres, la déformation par la mémoire des détails de la monition pour les faire coïncider avec ceux de l'événement réel, la création imaginative parfois d'une monition *après* la connaissance d'un événement, le caractère d'importance donné après coup à ce qui n'a été qu'un fugace pressentiment, l'auto-suggestion par la croyance presque religieuse aux dogmes métapsychiques, les caractères des fonctions nerveuses et mentales chez ceux qui sont favorisés, parmi tant d'autres, de phénomènes « supra-normaux », voilà autant d'éléments que l'on voudrait voir étudier scientifiquement par des esprits non prévenus.

Si l'ouvrage de M. Aubin n'a pas le caractère de nouveauté que nous aurions voulu lui voir, il n'en est pas moins intéressant et rédigé avec un souci de clarté et de style que l'on ne peut que louer.

J. Lautier.

©BIUM

PSYCHOLOGIE

Le Tempérament Nerveux. *Eléments d'une psychologie individuelle et applications à la psychothérapie,* par le Dr Alfred Adler (1 vol. in-8°, 366 pages, traduit de l'allemand par le *Dr Roussel,* in *Bibliothèque Scientifique,* Payot édit., Paris, 1926).

Le Dr Alfred Adler s'attache dans cet ouvrage, à montrer que l'évolution psychique de l'homme et les déviations qu'elle subit, c'est-à-dire les névroses et les psychoses, sont déterminées par l'attitude qu'il adopte devant la vie.

C'est du degré de la déviation, c'est-à-dire de l'inadaptation au milieu, que dépendent la nature et le degré des troubles psychiques.

Le nerveux agit et réagit dans un univers qui n'est pas l'univers réel, mais bien un univers fictif que crée son imagination.

Les troubles dont sont atteints les névropathes ont leur source dans des faiblesses, des insuffisances ou des défectuosités organiques remontant le plus souvent à l'enfance et quelquefois même à la vie fœtale.

Ces faiblesses et ces défectuosités créent chez les sujets qui en sont affectés, en même temps qu'un *sentiment d'infériorité,* une sorte de « volonté de puissance » qui les pousse à s'affirmer, à imposer leur personnalité, à se conformer à un idéal qu'ils placent d'autant plus haut que leur sentiment d'infériorité est plus grand. Ils poursuivent cet idéal par des moyens souvent ingénieux, dans certains cas dramatiques, et peuvent ainsi provoquer dans leur milieu intime et social des incidents, des perturbations, voire des catastrophes.

La névrose et la psychose sont des tentatives de compensation, des formations constructives de l'âme humaine, ayant pour point de départ l'idée directrice renforcée et exaltée de l'enfant frappé d'infériorité. Doué d'une sensibilité extraordinaire, le caractère nerveux et abstrait s'attaque à la réalité pour se la soumettre ou pour la transformer conformément à l'idéal que l'individu se fait de sa personnalité. La psychonévrose est une attitude contraire au sentiment social et incompatible avec l'adaptation au milieu, une attitude d'intransigeance qui rend le sujet totalement inapte à la vie. La psychonévrose, qui est un produit de l'amour-propre, de l'ambition, et de la vanité, sert en dernière analyse à préserver le sujet d'un contact trop rude avec la vie et ses exigences, avec la réalité.

©BIUM

Tel est pour le Dr Alfred Adler, le fait fondamental qui est à la base, aussi bien de la névrose que de la psychose et qui forme l'anneau les reliant l'une à l'autre et assurant leur unité. Cette « psychologie de l'attitude » tient d'ailleurs compte du lien qui s'établit entre l'infériorité organique et la vie psychique à la faveur du sentiment d'infériorité.

R. C.

PSYCHOPATHOLOGIE

Psychopathologie générale, par K. JASPERS, professeur de Philosophie à l'Université de Heidelberg. Traduit d'après la troisième édition allemande par A. Kastler et J. Mendousse. Un vol. de 632 pages, Alcan, éditeur, 1928.

C'est un important travail allemand, auquel je ne connais pas d'équivalent exact en langue française. Pour définir la Psychopathologie générale, l'auteur l'oppose à la Psychiatrie qui « envisage toujours l'homme total » et cherche par conséquent à s'appliquer aux cas individuels et à avoir une utilité pratique. La Psychopathologie au contraire ne s'occupera que du général, n'ayant en vue que chacune des qualités de l'esprit ou des associations principales de ces qualités entre elles. Ce sera une science pure, ne se préoccupant d'aucun but pratique.

Il en résulte qu'un Traité de Psychopathologie a une grande partie commune avec nos traités de Séméiologie, mais avec bien moins de tendance que ceux-ci à décrire des types vivants, concrets, de malades, et par contre avec un souci des théories générales que l'on ne rencontre pas dans ces traités.

Aussi le livre de Jaspers n'est pas du tout l'œuvre d'un médecin, mais celle d'un philosophe. Après l'avoir étudié, un profane pourra avoir des notions étendues sur chaque phénomène psychologique anormal ; il sera incapable de se représenter aucun type de malade vivant. Mais, pour le spécialiste, il présente un profond intérêt, car en beaucoup d'endroits il contient des analyses plus complètes et plus fouillées de symptômes morbides isolés que les traités de séméiologie ordinaires.

Le caractère extra-médical du livre est encore accentué par ce fait que l'auteur qui, dès le début, proteste contre « le préjugé somatique » de ceux qui veulent expliquer des phénomènes psychiques par des dispositions anatomiques ou anatomo-pathologiques, s'abstient ensuite de tout recours à cet ordre de connaissances. Pour un médecin, aussi, le plan

©BIUM

peut paraître un peu obscur, et l'on ne sait pas de prime abord si l'on trouvera les renseignements sur telle anomalie des fonctions de l'esprit dans la « phénoménologie », la « psychopathologie objective », la « psychopathologie compréhensive » ou bien l' « explicative ».

Une source d'intérêt de cet ouvrage lui vient de la critique soignée qu'il fait de plusieurs théories en vogue parmi les psychopathologues. L'auteur, notamment, discute vivement les idées de Kretschmer et celles de Freud. Nous avons trop tendance à croire que ces idées sont généralement admises en Allemagne. Notons au passage cette appréciation un peu sévère (mais combien juste) pour l'école psychanalytique : « Freud croit pouvoir ramener d'une manière intelligible à peu près *toute* la vie psychique à la sexualité prise dans un sens très large ; cette sexualité serait la seule force primaire de l'activité psychique. Les écrits de certains de ses élèves surtout sont rendus par cette simplicité ennuyeux au point d'en devenir insupportables. On sait avant même de les avoir lus que tous leurs travaux contiendront la même chose. »

Enfin, nous remarquons avec satisfaction que, si Jaspers cite et discute habituellement les travaux de langue allemande, il est loin de passer complètement sous silence, comme certains de ses compatriotes, les œuvres de l'école française. Il cite assez souvent Esquirol, Morel, Magnan et particulièrement M. Janet. Des exemples pathologiques sont empruntés aux œuvres de Baudelaire et de Gérard de Nerval. Citons les lignes suivantes, prises dans la dernière page du livre : « Tous les grands travaux français ont exercé leur influence en Allemagne. Mais cette influence a toujours stimulé le travail allemand. Il faut attribuer aux Français la première découverte des méthodes modernes, mais leur défaut d'esprit critique qui leur permet de réaliser rapidement de vastes points de vue littéraires, a toujours laissé inachevées leurs œuvres scientifiques. Les Allemands ont adopté leurs idées, les ont purifiées de leurs accessoires imaginaires... ...Mais ils demeurent malgré tout débiteurs des Français auxquels les grandes réformes sont dues. »

Ici l'auteur est en retard ; si, jadis, nous avons pu introduire « de vastes points de vue littéraires » dans la science allemande, je crois que, depuis, les Allemands nous ont bien rendu la pareille.

J. LAUTIER.

©BIUM

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude du Ramollissement cérébral *envisagé au point de vue de sa fréquence, de son siège et de l'état anatomique des artères du territoire nécrosé,* par MM. Charles Foix et Jacques Ley (27 pages, in *Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* n° 9, Bruxelles, nov. 1927).

Intéressant travail du regretté Charles Foix et de M. Jacques Ley, portant sur 124 cas de lésion en foyer importante du cerveau.

En conclusion, sur 10 hémiplégies anciennes, 9 sont dues au ramollissement ; sur 10 ictus mortels dans les trois semaines, 7 sont dus au ramollissement. Réserve générale étant faite que ces observations ont été faites dans un hospice de vieillards (Ivry-sur-Seine). La mortalité globale des ictus (hémorragie et ramollissement) est de 51,6 0/0. Un malade atteint d'ictus important a donc environ une chance sur deux de survivre.

Dans 69 0/0 des cas, le siège de ramollissement se trouve sur le territoire de la Sylvienne, dans 19 0/0 sur le territoire de la Cérébrale postérieure et dans 12 0/0 sur le territoire de la Cérébrale antérieure.

La fréquence de l'oblitération totale de l'artère correspondant au foyer de ramollissement est moins grande que beaucoup d'auteurs ne se l'imaginent. En moyenne, sur 10 cas de ramollissement, l'artère est bouchée trois fois, presque bouchée deux fois, malade mais relativement perméable cinq fois. Tous les degrés d'intensité des lésions peuvent être rencontrés ; les trois tuniques sont touchées, principalement l'endartère et la mésartère. Au cas d'oblitération incomplète, ce n'est pas toujours dans le territoire de l'artère cérébrale la plus malade que se produit le ramollissement.

L'artérite est la cause la plus fréquente. On trouve 84,1 0/0 d'artérites, 11,1 0/0 seulement d'embolies et 4,7 0/0 de cas d'appréciation difficile.

Un sujet qui fait un ramollissement cérébral n'est que dans un nombre restreint de cas (embolies, thromboses complètes), un malade qui bouche brusquement une artère,

©BIUM

Dans la règle, au contraire, c'est un sujet qui, présentant des artères très malades, mais pas plus malades que la veille de l'ictus, fait cependant brusquement une nécrose du territoire insuffisamment irrigué. Trois facteurs accessoires peuvent intervenir : un spasme vasculaire, une insuffisance cardio-artérielle passagère ; une toxicité particulière de l'apport sanguin. Peut-être faut-il faire intervenir en outre dans certains cas la fragilité plus ou moins marquée de tel ou tel territoire cérébral, ainsi que l'état des petits vaisseaux et des capillaires. Des recherches plus complètes sont nécessaires pour préciser ces divers mécanismes. Les résultats des recherches expérimentales sur l'animal seront prochainement publiés.

Le diagnostic différentiel entre l'hémorragie et le ramollissement est rarement possible au début quand le malade est dans le coma. Lorsque la tension maxima au Pachon est inférieure à 18-20, il s'agit presque certainement d'un ramollissement, mais même avec des tensions beaucoup supérieures, il peut s'agir encore d'un ramollissement.

Comme conclusion thérapeutique, la grande saignée est à proscrire dans la majorité des cas, de même que la glace sur la tête, le grand lavement, et la grande purgation. L'administration de benzoate de benzyle est à conseiller, de même que les toni-cardiaques, l'huile camphrée (dans les cas d'insuffisance cardio-artérielle) et le traitement des éléments infectieux ou toxiques lorsqu'il en existe.

En faisant abstraction des hémorragies, des oblitérations totales et sub-totales et des embolies, il ne reste que 38 0/0 des cas d'ictus par lésion en foyer qui seraient améliorables.

René CHARPENTIER.

Le réflexe de la malléole externe et le phénomène de Piotrowski, par les Drs Ch. SAGIN et S. OBERG.

Comme suite à la publication du Dr Sagin : « Le réflexe de la malléole externe et le phénomène de Piotrowski », parue dans les *Nowiny Psychjatryczne* (1926, II), et dans la « Rivista di patologia nervosa e mentale » (fasc. 3, 1926), Ottorino Balduzzi affirme dans la « Rivista di patologia nervosa e mentale » (oct. 1926, fasc. 5), contrairement à Sagin, que le réflexe de la malléole externe ne constitue pas une partie essentielle du phénomène de Piotrowski, mais bien un réflexe à part, et que ce réflexe se produit, quoique rarement, chez les personnes normales et se manifeste par la contraction des muscles jumeaux, causant ainsi l'extension (flexion plantaire) du pied, que cette contraction est isolée, et par-

©BIUM

fois accompagnée d'une contraction du jambier postérieur, ce qui produit une flexion et une légère adduction du pied.

Quant au phénomène de Piotrowski, Balduzzi affirme avoir observé qu'un coup de marteau à percussion frappé à la partie supérieure du jambier antérieur déterminait seulement une contraction de ce muscle, et non pas une contraction des muscles jumeaux. Un coup frappé au jambier antérieur, à sa partie inférieure, et surtout à la partie moyenne, dit Balduzzi, provoque une contraction du jambier antérieur, accompagné parfois d'une contraction des jumeaux. C'est là, dit Balduzzi, le phénomène de Piotrowski.

Les auteurs n'acceptent pas ces conclusions. Le phénomène de Piotrowski, dans sa force primitive, consiste en ce que dans les maladies du système nerveux central et, en particulier dans celles du cerveau, un coup de marteau à percussion, donné au jambier antérieur, le pied étant tenu légèrement en flexion dorsale, au lieu de causer une contraction physiologique de ce muscle avec adduction de la plante du pied, provoque un réflexe opposé, antagoniste, c'est-à-dire une contraction isolée des jumeaux et une flexion plantaire (extension) du pied.

Ici il n'y a donc pas de contraction du jambier antérieur, ni d'adduction du pied. Partout où ce phénomène (contraction du jambier antérieur et adduction du pied) se produit, nous avons affaire à une combinaison du réflexe pathologique antagoniste de Piotrowski avec le réflexe physiologique du jambier antérieur.

Les auteurs ont examiné 831 personnes, tant bien portantes qu'atteintes de diverses affections mentales ou de maladies organiques du système nerveux central, et ont constaté la présence du phénomène de Piotrowski, à savoir : une contraction isolée des muscles jumeaux et une flexion plantaire (extension) du pied dans 132 cas de maladies organiques du système nerveux central, parmi lesquels, dans 103 cas, ils trouvèrent le réflexe de la malléole externe qui, cependant, ne se produisait jamais spontanément comme phénomène indépendant, mais était toujours associé au phénomène de Piotrowski, là où la zone réflexogène de ce phénomène était étendue à toute la jambe, y compris la région de la malléole externe.

En conséquence, les auteurs concluent que le réflexe de la malléole externe est une partie essentielle du phénomène de Piotrowski, qui ne se produit pas chez les personnes saines, mais constitue un phénomène pathognomonique des maladies organiques du système nerveux central, et en particulier du cerveau.

©BIUM

NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

Les Enfants internés à la Colonie de Perray-Vaucluse pour accidents consécutifs à une atteinte d'encéphalite léthargique, par le Dr Th. SIMON, *médecin-chef de la Colonie* et le Dr J.-C. MILLER (*de Québec*). — (11 pages, in *Bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène publique*, tome XIX, année 1927, fasc. n° 6).

Le Dr Th. Simon, médecin-chef de la colonie d'enfants anormaux de la Préfecture de la Seine et le Dr J.-Ch. Miller, de Québec, qui fut son assistant bénévole pendant son séjour en France, donnent dans ce mémoire les résultats de leur observation de 50 enfants reçus à la Colonie de Perray-Vaucluse de 1920 à 1927. C'est dire l'importance d'un travail d'ensemble qui s'attache non pas à décrire tel ou tel cas particulier, mais à exprimer d'après les faits observés, le tableau clinique des séquelles post-encéphalitiques de l'enfance.

Les enfants ne sont généralement amenés à la Colonie pour séquelles d'encéphalite qu'à la suite d'une série assez longue d'incidents imputables au désordre de leur conduite, et du changement, tantôt immédiat, tantôt progressif, mais toujours considérable, de leur caractère.

MM. Th. Simon et J.-Ch. Miller décrivent successivement le parkinsonnisme, les troubles mentaux et moraux de ces enfants. Ils donnent, avec de nombreux exemples, la description de leur conduite à la Colonie indiquent les réactions les plus fréquentes (crises d'excitation, masturbation incoercible, tics d'auto-mutilation, impulsions violentes, vols, fugues), insistant sur ce fait que les actes, sans dessein fermement suivi, sont souvent — et heureusement — maladroits, peu efficaces.

L'examen du niveau intellectuel n'indique pas de régression, mais dans certains cas, un arrêt ou un ralentissement de l'intelligence.

Le traitement donne peu de résultats. Le pronostic est sombre. En dépit des difficultés qu'ils entraînent, MM. Th. Simon et J.-Ch. Miller estiment préférable de répartir ces sujets non dans des établissements spéciaux, mais dans les services consacrés aux enfants arriérés ou atteints de troubles mentaux et en donnent les raisons d'ordre pratique.

René CHARPENTIER.

©BIUM

PSYCHIATRIE

Le Syndrome moteur de la démence précoce catatonique, par MM. H. CLAUDE, H. BARUK et A. THÉVENARD (27 pages, 13 figures., in *L'Encéphale*, Décembre 1927).

Important mémoire dans lequel MM. H. Claude, H. Baruk et A. Thévenard exposent les résultats de leurs recherches personnelles sur le syndrome moteur de la démence précoce catatonique et donnent leur opinion sur l'origine mésencéphalique ou striée attribuée à ce syndrome, par certains auteurs (Dide, Guiraud).

Après avoir fait remarquer que l'aspect clinique de ces malades, montre, à côté d'analogies, des différences importantes avec les états parkinsoniens, principalement en raison de l'irrégularité, de la variabilité de la contracture, MM. H. Claude, H. Baruk et A. Thévenard étudient successivement : les résultats de l'exploration du fonctionnement musculaire par la mesure de l'excitabilité électrique (chronaxie), par la prise de courbes électromyographiques, par des recherches chimiques sur l'élimination de la créatine et de la créatinine ; les réflexes de posture segmentaires au moyen d'inscriptions graphiques ; les réactions d'attitude et d'équilibre par la recherche du phénomène de la poussée et par l'exploration labyrinthique ; les résultats de l'exploration des réflexes tendineux, du réflexe plantaire et de la voie pyramidale ; les données résultant de certaines épreuves thérapeutiques (scopolamine, nitrite d'amyle, adrénaline, strychnine, torpillage).

En conclusion, si la catatonie prend, à divers égards, le masque de certains syndromes organiques extra-pyramidaux, elle s'en distingue nettement par l'état des fonctions posturales, des réactions pharmaco-dynamiques, et par divers signes neurologiques. De même que les symptômes psychiques, les signes physique de la catatonie présentent une variabilité extrême, souvent même une allure périodique. Enfin, et surtout, il existe dans la catatonie une intrication infiniment plus marquée entre le psychisme et le trouble moteur : le parkinsonnien lutte contre son barrage moteur; chez le catatonique, tout se passe comme si la volonté du mouvement elle-même faisait défaut. Il s'agit là non d'un trouble moteur isolé, mais d'un trouble psycho-moteur.

MM. H. Claude, H. Baruk et A. Thévenard insistent sur les analogies extérieures de la catatonie et de l'hystérie, sur l'aspect souvent très voisin de la rigidité catatonique et de certaines contractures hystériques, la différence consistant surtout en ce que la catatonie revêt certains caractères pou-

©BIUM

vant se retrouver au cours des états organiques (signe de Babinski, etc.), signes d'ailleurs incomplets et inconstants.

Si cette symptomatologie ne peut être rapportée à une altération localisée des systèmes anatomiques, elle peut être considérée comme l'expression d'un trouble fonctionnel répondant à une modification dynamique de cause variable.

Des troubles dynamiques analogues ont déjà été rapportés dans d'autres états par le professeur H. Claude, par exemple chez certains mélancoliques présentant un syndrome d'apparence cérébelleuse.

Dans l'hystérie, le processus est de même nature, mais le trouble fonctionnel, plus superficiel, moins organisé, se trouvant sous la dépendance d'un complexus émotif ou affectif, peut être plus facilement modifié par la psychothérapie.

Dans la démence précoce catatonique, l'état dynamique de certains systèmes d'associations, notamment des ganglions de la base et des connexions diverses de la voie extra-pyramidale avec la corticalité cérébrale, peuvent être modifiés sous l'influence soit de l'état humoral, soit d'un élément toxique ou toxi-infectieux.

La rétrocession et la variabilité des symptômes ne permettent guère de mettre en cause des altérations anatomiques importantes. Tout au plus, peut-on admettre l'influence prédisposante ou favorisante de petites lésions de la corticalité cérébrale dans l'éclosion du syndrome catatonique.

René CHARPENTIER.

Une Colonie d'Enfants arriérés, par le Dr Th. SIMON, *médecin-chef de la Colonie de Perray-Vaucluse* (30 pages, in *Bulletin de la Société Alfred-Binet*, octobre-novembre 1927).

Dans cette conférence faite à Bourg (Ain), le 12 mars 1927, le Dr Th. Simon expose l'historique de son service, le mode de recrutement des enfants qui y sont traités, les éléments divers qui y sont rassemblés. Il donne le plan de la colonie, la répartition des enfants, et décrit leur vie quotidienne, leurs occupations, leurs exercices, leurs travaux aux champs ou dans les différents ateliers d'apprentissage, leur éducation, leur instruction, les résultats obtenus. Il indique que chaque année deux ou trois enfants sont reçus au certificat d'études primaires.

Conférence pleine de vie, véritable promenade à travers un service en fonctionnement, et dans laquelle on retrouve l'utilisation des beaux travaux de l'auteur sur le classement des enfants d'après leur âge mental.

René CHARPENTIER.

©BIUM

GONZALO-R. LAFORA. — **El Mécanismo génético de las Alucinaciones**, *Archivos de Neurobiologia*, T. VI, N. 1 y 2.

L'hallucination, fausse perception endogène, a pour cause habituelle précisément une perception, car l'excitation pathologique des nerfs et des centres sensoriels, du cuneus par exemple, ne peut que déterminer une perception, si amorphe soit-elle. Il n'y a donc qu'une différence de degré entre l'alcoolique prenant n'importe quoi pour un rat ou une araignée, et l'hémianopsique par lésion de la calcarine qui a des apparitions dans son champ aveugle.

Sur l'excitation hallucinogène périphérique, L. cite maints faits intéressants et il insiste, avec Schilder sur le rôle de l'excitation normale ou pathologique du labyrinthe dans la disposition et les mouvements des hallucinations — et des représentations — visuelles. A propos des hallucinations unilatérales par lésion d'un centre sensoriel, surtout le cuneus, quelquefois les temporales, il est naturellement assez embarrassé pour passer des simples bourdonnements par exemple aux voix distinctes, et il conclut modestement que ces dernières ne sont que l'interprétation de sensations imprécises. En faveur de cette thèse, il relève les cas où les bruits subjectifs ne sont pris pour des voix qu'au cours d'épisodes délirants.

Il a lui-même, avec Franz (Psychological Monographs, sept. 1911, vol. 13) provoqué des hallucinations expérimentales d'origine corticale chez l'animal. Le chat ne leur a rien donné de net ; mais leurs singes, un et deux jours après « cautérisation du cortex à la face externe du pôle occipital », ont fixé et tenté de saisir, dans le vide ou sur le sol, une ou deux minutes après la présentation réelle et la prise d'aliments. Pas d'hémianopsie. L. rappelle les recherches de Shaffer (1889), d'Obregia chez Munk (1890), de Borchardt, de Forster (1926), etc. D'après ses résumés, chez l'homme l'excitation de la calcarine donne des phénomènes lumineux « simples », l'excitation de la face externe du lobe occipital « des fantômes polymorphes », l'excitation simultanée des champs 17, 18 et 19 de Brodmann « des fantômes optiques », celle enfin du seul champ 19 « des hallucinations d'images ».

L. adopte la théorie où l'on distingue des centres sensoriels et des centres imaginatifs : l'excitation du cuneus ne détermine que « des phénomènes lumineux simples », la destruction « totale » du cuneus ne supprime ni les images ni les hallucinations visuelles. Celles-ci dépendent de l'exci-

©BIUM

tation du centre représentatif (face externe du lobe occipital). La destruction de ce dernier enfin ne permet plus que les hallucinations élémentaires liées à l'activité de la région calcarine.

QUERCY.

Troubles mentaux encéphalitiques chez un enfant, par G. VERMEYLEN (in *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, sept. 1925).

Cas d'encéphalite épidémique fruste caractérisé par la prédominance des troubles mentaux dès la période aiguë, troubles surtout excito-moteurs, tels que les ont décrits MM. Henri Claude et G. Robin. Pour M. Vermeylen, l'état d'instabilité à allure maniaque ne serait qu'une période de transition aboutissant ultérieurement à des troubles profonds du caractère.

René CHARPENTIER.

Délire hallucinatoire chez une paralytique générale, par G. VERMEYLEN (in *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, juillet 1926).

Intéressante observation de paralysie générale à évolution assez lente et à symptômes démentiels tardifs dans laquelle les hallucinations auditives sont importantes et permanentes, en dehors de toute toxi-infection apparente autre que celle du virus syphilitique.

René CHARPENTIER.

Un cas de mythomanie juvénile, par G. VERMEYLEN (in *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, juillet 1926).

Observation de mythomanie de jeu qui, pour M. Vermeylen, se rapproche plus du type d'activité mythique de l'enfant, malgré la présence de réactions délictueuses, que des observations de mythomanes pervers et vicieux si bien décrits par Dupré.

René CHARPENTIER.

Les psychoses hallucinatoires aiguës, par le Dr G. VERMEYLEN (15 pages, in *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, mars 1925).

D'une étude basée sur 8 observations, l'auteur conclut que la psychose hallucinatoire aigüe, forme des psychoses

©BIUM

délirantes aiguës, présente les caractères suivants : hérédité assez lourde avec prédominance d'états émotifs ; état physique défectueux, débilité intellectuelle légère et hypérémotivité du sujet ; brusquerie apparente du début, polymorphisme des symptômes, coexistence de syndromes mentaux variés, prédominance d'un état délirant mal ou non systématisé, avec hallucinations diverses, brièveté de l'accès.

Pour M. Vermeylen, ces bouffées délirantes hallucinatoires sont en rapport avec un état de déséquilibre endocrino-sympathique chez des sujets dont la débilité mentale légère admet avec facilité les suggestions de l'automatisme mental. Les hallucinations s'expliquent par la fréquence d'intoxications endogènes et exogènes et d'un état physique mauvais.

René CHARPENTIER.

La physionomie des Hallucinés, *Troubles de la personnalité chez les hallucinés influencés. Prodromes et terminaison de l'état hallucinatoire,* par le Dr G. REVAULT D'ALLONNES (in *La Medicina Argentina,* anno VI, n° 61, 1927).

Ce qui engendre l'hallucination, ce n'est pas une systématisation mais une dislocation psychique caractérisée par : l'instabilité émotionnelle, motrice, idéative ; l'inaptitude aux actes d'attention synthétique ou tout au moins à leur persistance ; les divagations de la pensée ; la production de pensées, de paroles, d'actions, d'écriture semi-volontaires ou involontaires ; le sentiment de n'être plus maître de soi ; l'exagération de ces troubles dissociatifs ou leur diminution, suivant le degré de concentration attentionnelle. C'est d'une déficience du cerveau associatif supérieur qu'il faut parler, et non pas d'une hyperactivité des lobes frontaux aboutissant à une hyperesthésie des zones sensorielles sous-jacentes.

René CHARPENTIER.

La Matérialité des Hallucinations, par le Dr G. REVAULT D'ALLONNES (in *La Medecina Argentina,* anno VI, n° 62, 1927).

M. Revault d'Allonnes propose la définition suivante : « L'Hallucination est une perception sans objet opérée par un sujet percevant, atteint de dislocation psychique, manifeste ou latente. » D'ailleurs, le sujet percevant, halluciné, malade psychiquement disloqué, n'est pas non plus normal à l'égard de ses perceptions vraies.

René CHARPENTIER.

©BIUM

Les Certificats d'Intégrité mentale, par Roger DUPOUY, ancien chef de clinique à la Faculté (in *La Consultation, Revue clinique de Médecine et de Chirurgie spécialisées*, mars 1927, page 27).

Dans cet article, à l'usage des médecins praticiens, M. Roger Dupouy insiste très utilement sur le fait qu'un médecin doit toujours être très réservé lorsqu'on sollicite de lui un certificat d'intégrité mentale. Deux exemples cliniques lui permettent de montrer les inconvénients qui peuvent résulter de la rédaction de tels certificats.

En dehors des expertises, M. Roger Dupouy n'a délivré des certificats d'intégrité mentale que dans les cas suivants: appréhension motivée de l'attaque éventuelle injustifiée d'un testament, entrée au couvent ou au séminaire, mariage, formalité exigée par certains pays pour autorisation d'immigration. Il donne les textes rédigés par lui dans ces différents cas. Et si l'on se juge en droit de délivrer un certificat d'intégrité mentale, il est bon de spécifier le motif pour lequel ce certificat a été demandé.

René CHARPENTIER.

Nowiny psychjatryczne, Dziekanka' (Pologne), N° I-II, 1927.

Les chemins et les carrefours de la psychiatrie contemporaine, par le prof. R. RADZIWILLOWICZ. — Après avoir consacré quelques mots à la mémoire du prof. Mikulski, son prédécesseur à la chaire de psychiatrie à l'université de Wilno, l'auteur fait sa profession de foi scientifique. Il se déclare l'adepte de James et de Renouvier, et considère comme méthode principale de la psychiatrie l'introspection faite par le malade lui-même. Après avoir critiqué la théorie associationiste, l'auteur critique les doctrines de Kræpelin et de Bleuler, insuffisamment basées, selon lui, sur l'expérience et l'observation clinique, surtout la théorie de la schizophrénie, étendue par Bleuler presque à toutes les formes de psychoses à base non organique. L'auteur ne croit pas que le principe de causalité puisse constituer la base de la classification psychiatrique. La psychiatrie est une science jeune ; elle doit rechercher le principe qui, comme le système solaire dans l'astronomie ou la loi de l'évolution dans la biologie, pourrait être pris comme base de sa classification, chaque science devant reposer sur sa propre base et non sur une base empruntée. A la fin de son mémoire l'auteur se déclare indéterministe relatif et pragmatiste, et substitue à la devise rationaliste « cogito, ergo sum », la devise « ago, ergo sum ».

©BIUM

⁂

Troubles du dynamisme mental et leur interprétation psychologique, par le Dr E. Minkowski. — Il devient de nos jours indispensable de réserver aux notions Bergsoniennes la place qui leur revient en psychopathologie. Bergson oppose l'intuition à l'intelligence. L'intelligence a pour objet le solide inorganisé, l'immobile ; elle se sent à son aise dans l'espace. L'intuition, par contre, embrasse tout ce qui a trait au mouvement, au progrès, à la vie, au temps, elle se rapporte à tous les facteurs irrationnels du devenir.

Jadis, la psychiatrie se contentait de désigner tous les états de déchéance mentale du nom de « Démence ». Actuellement elle cherche à différencier de plus en plus ces états. Le processus schizophrénique est venu ainsi s'opposer à l'affaiblissement intellectuel. Les notions de Bergson sont susceptibles de préciser cette opposition.

C'est le dynamisme mental qui fléchit avant tout chez les schizophrènes, tandis que tout ce qui a trait au savoir, aux facteurs rationnels du psychisme, reste intact. De là cette rigidité particulière qui caractérise toutes les réactions, de là aussi l'impossibilité d'intégrer les éléments se rapportant à l'organisation et à la progression de la vie dans le temps.

Les troubles observés au cours de l'affaiblissement intellectuel sont exactement l'inverse de ceux constatés chez les schizophrènes. Les notions de succession immédiate de vitesse, de mouvement, d'avenir, servent de base aux manifestations psychiques des paralytiques généraux. Mais les souvenirs s'effacent et le dynamisme mental, libéré ainsi de ses liens naturels, envahit tout le psychisme et s'exprime à l'aide d'idées délirantes de grandeur, connues de tous. Chez les paralytiques généraux moins avancés, la notion du « moi — ici — maintenant », véritable pivot du moi agissant, reste intacte, tandis que les souvenirs concernant les rapports des choses dans l'espace font défaut. Les schizophrènes, par contre, *savent* où ils sont, mais prétendent ne pas *se sentir* à l'endroit où ils se trouvent.

Cette manière d'envisager les phénomènes psychopathologiques se laisse étendre encore davantage. Chez les déments séniles nous trouvons une désorientation et des troubles de la mémoire comparables à ceux des paralytiques généraux ; de même les facteurs se rapportant à la succession immédiate jouent un grand rôle dans leur psychisme ; mais, à côté, dans leurs fabulations, interviennent en outre les

©BIUM

notions de continuité, de périodicité, de succession médiate, de réitération, ce qui confère à leurs productions psychiques une teinte particulière qui n'existe pas chez les paralytiques généraux.

Le psychisme des maniaques semble, lui, être dominé entièrement par la notion du présent.

⁂

Les principes de l'organisation de l'assistance publique aux aliénés, par le Dr A. Piotrowski. — L'auteur étudie l'organisation de l'assistance psychiatrique dans les provinces occidentales de la Pologne. Cette organisation est simple et répond en général aux nécessités réelles.

L'auteur exprime le désir que la même organisation soit étendue aux autres provinces de l'Etat, sous une forme plus parfaite encore.

L'auteur n'est pas partisan de la voie législative, car il faudrait beaucoup de temps pour élaborer et faire sanctionner par la Diète une loi, tandis que la chose ne souffre aucun délai. L'organisation du régime des aliénés par voie de décrets administratifs aurait l'avantage d'aboutir plus vite.

De plus, les décrets peuvent être facilement modifiés, tandis qu'une loi, fût-elle erronée dans son principe, sa teneur ou sa forme, serait nécessairement obligatoire pendant de longues années et ne pourrait être corrigée ou complétée que par une nouvelle décision de la Diète.

Pour mener à bonne fin l'organisation psychiatrique il faut un Office Central, destiné exclusivement à ces affaires. Sa charge et ses compétences embrasseraient l'ensemble de l'organisation : surveiller l'assistance psychiatrique dans les hôpitaux psychiatriques publics et privés, dans les maisons de santé non-psychiatriques et au sein des familles ; déterminer les conditions tant matérielles que formelles pour l'admission et la sortie des malades, régler le traitement des malades au point de vue de l'hygiène, élaborer les règlements de police et la législation (en cas d'interdiction), définir les conditions pour le placement des malades criminels, ainsi que des malades voulant se placer de leur propre gré.

⁂

La constitution individuelle chez les phrénasthéniques, par le Dr J. Bonasera. — Il s'agit de recherches portant sur cent phrénasthéniques, originaires, en majeure partie, de Sicile, et

©BIUM

en partie de Calabrie, se signalant par un déficit et une disharmonie du développement intellectuel.

Les mensurations anthropométriques furent faites d'après la méthode du Dr Viola : taille, longueur du sternum, longueur xypho-épigastrique et épigastrique et épigastro-pubienne, longueur des membres inférieurs et supérieurs, dimensions transverse et antéropostérieure de l'hypocondre, dimension transverse du bassin.

On obtient d'après un calcul approprié des indices traduisant les particularités morphologiques de chaque individu.

De plus, l'auteur tint compte du poids, de la circonférence du thorax et des indices du crâne.

Il résulte des recherches de l'auteur que l'équilibre naturel fait défaut chez les phrénasthéniques. Les organes ne sont pas développés d'une façon suffisante et ne fonctionnent pas régulièrement. Pour cette raison les affections chroniques du système respiratoire ainsi que du système digestif trouvent chez eux un terrain propice. Le phrénasthénique fait preuve ainsi d'une faiblesse constitutionnelle.

L'auteur croit pouvoir admettre que ce sont des perturbations dans le système chromosomique qui sont à l'origine du développement insuffisant des phrénasthéniques.

Les phrénasthéniques (biopathiques) sont prédestinés ainsi à une hypoévolution générale d'ordre morphologique, à la suite d'un fonctionnement insuffisant des hormones.

Cette conception pathogénique qui ramène l'arrêt du développement psychique observé chez les phrénesthéniques biopathiques à une anomalie du système chromosomique de l'embryon doit être interprétée, en ce sens, que cette anomalie (purement endogène) consiste en une hypofonction d'ordre évolutif du système endocrinien ; les hormones se montrent ainsi insuffisantes pour activer normalement le développement somatique et psychique de l'individu.

***

Extrait des dernières publications sur l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce, par le Dr Buscaino. — Au point de vue histologique la démence précoce doit être considérée comme une affection du cerveau : on observe notamment des lésions disséminées dans l'écorce, de même que dans le plexus choroïde et dans la substance blanche ; il s'agit d'altérations de la setructure et de perturbations histochimiques, les premières siégeant en majeure partie dans les lobes frontaux, et plus particulièrement dans la

©BIUM

troisième scissure. Les résultats d'examens récents permettent d'affirmer que ces troubles sont d'origine toxique et qu'ils sont provoqués en grande partie par des bases chimiques organiques, dérivées de l'ammoniaque.

L'analyse de l'urine dans la démence précoce montre aussi un état toxique, causé par les substances du type d'amines.

Enfin, des recherches précises permettent d'exclure la tuberculose comme cause efficiente du mal. Une série de recherches histopathologiques objectives et immédiates, de même que des recherches indirectes, attirent bien davantage l'attention sur l'intestin en tant que source de substances du type des amines ayant pour conséquence, les troubles toxiques du cerveau.

Br. MAKOWSKI.

Nowiny psychjatryczne, Dziekanka (Pologne), N° III, 1927.

Idées nouvelles de Bleuler sur la schizophrénie, par le Dr E. BRZEZICKI. — L'auteur étudie le rôle que Bleuler a joué dans la psychiatrie moderne. Il analyse la description de la schizophrénie et de la folie maniaco-dépressive ainsi que la nouvelle conception (Kretschmer-Bleuler) du processus schizophrénique qui passe, sans transition sensible, du tempérament schizoïde par la schizopathie à la schizophrénie latente et puis à la schizophrénie manifeste, et peut finir par les pires états démentiels conservant d'ailleurs toujours les mêmes caractères psychopathologiques.

L'auteur croit avec Bleuler que la schizophrénie est une affection à base organique, contenant cependant une superstructure psychogène si grande que seul un médecin qui connaît bien la psychothérapie et les mécanismes psychologiques découverts par Freud, peut se rendre compte de la rétrocession des troubles psychogènes.

Il parle également des rapports de Bleuler avec l'école psycho-analytique, du rôle prédominant de l'inconscient et de la sexualité. Il est ainsi probable que beaucoup de schizophrénies frustes sont considérées comme des névroses.

Finalement il fait remarquer que la schizophrénie est, d'après Bleuler, une maladie du genre humain, tandis que la plupart des maladies mentales endogènes, comme l'épilepsie, les états maniaques et dépressifs, l'hystérie, peuvent être acquises également par les animaux.

⁂

Les réflexes conditionnels, par le Dr A. WIRSZUBSKI. — L'auteur discute le problème des réflexes conditionnels de Pavloff.

©BIUM

Le mécanisme du réflexe conditionnel est le même que celui du réflexe absolu, avec cette seule différence, que c'est la muqueuse qui, dans le dernier cas, sert de surface réceptrice, tandis que, dans le premier cas, ce sont les organes des sens : le chien voit la nourriture, il sent son odeur, il entend les pas de la personne qui l'apporte, et le réflexe conditionnel se réalise grâce aux fonctions analytique et synthétique du cerveau.

Les réflexes conditionnels doivent leur origine aux réflexes absolus. Ainsi, si l'on provoque une réaction par l'introduction d'un acide de couleur noire dans la gueule d'un chien, on peut constater que la vue seule d'un liquide noir, par exemple d'eau colorée, provoque, chez l'animal, le même résultat que l'acide. Nous pouvons aussi provoquer un réflexe par le son d'une cloche, qui précéderait habituellement un repas. Le réflexe peut à nouveau disparaître, si, pendant quelque temps, la cloche n'est pas suivie d'un repas.

Beaucoup de questions concernant la fonction des hémisphères du cerveau, se groupent autour du problème des réflexes conditionnels. C'est ainsi qu'il faut se demander si l'on doit attribuer à la sphère motrice une activité réceptive (receptor) ou effective (effector).

A la suite de la théorie des réflexes conditionnels de la sphère motrice, Pavloff affirme que la partie motrice du cerveau est un récepteur, pareil à la sphère visuelle.

Ensuite, en rapport avec les réflexes conditionnels, Pavloff étudie la question de la localisation dans l'écorce, en affirmant ce qui suit :

Chaque appareil récepteur correspond à son centre dans le cerveau, mais, en dehors du centre, il existe encore d'autres éléments récepteurs, quoique leur activité s'affaiblisse en proportion de leur éloignement du centre.

Pavloff conclut, de même que l'a fait Munk, que l'intellect est l'expression de l'activité de toute la masse cérébrale.

L'école de Pavloff rejette complètement la valeur scientifique de la psychologie subjective qui se sert de la méthode introspective : d'après Pavloff la psychologie n'est pas une science indépendante ; elle se réduit au rang d'un chapitre de la physiologie du cerveau.

Les expériences de Pavloff peuvent expliquer l'origine de l'hystérie, de la psychasthénie et de certains cas de psychoses.

Br. MAKOWSKI.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 20 février 1928

Confusion mentale à la suite d'une rupture de grossesse tubaire, par MM. P. LELONG et J. COULLOUDON. — Une femme de 33 ans, sans passé morbide, est laparotomisée pour une inondation péritonéale consécutive à la rupture d'une grossesse extra-utérine. Huit jours après, confusion mentale aiguë : au point de vue somatique, anémie intense, teint cireux, pas de signes neurologiques. Réactions biologiques négatives. Guérison au bout d'un mois et demi. L'intérêt de ce cas consiste dans les trois facteurs étiologiques possibles : puerpéralité, hémorragie et anesthésie chloroformique.

Syndrome de Korsakoff fruste consécutif à une hémorragie grave par fibrome utérin chez une malade à réactions humorales positives, par M. TRÉNEL. — A la suite d'hémorragies profuses dues à un fibrome et consécutivement à un curetage sans éthérisation, une femme de 48 ans présente subitement un état de confusion mentale avec onirisme, fausses reconnaissances, amnésie. Guérison rapide après quelques alternances transitoires de délire et de lucidité complète. L'examen des humeurs donna des réactions positives. Abolition du réflexe photo-moteur des pupilles. Syphilis conjugale. Un premier mari syphilitique, un deuxième mort paralytique général. Il semble que cet épisode aigu soit dû uniquement à l'état anémique post-hémorragique.

Syphilis héréditaire : Paralysie générale juvénile ; hémimélie chez la sœur, par MM. R. DUPOUY, J. PICARD et H. PICHARD. — Les auteurs présentent deux sœurs nées de parents syphilitiques et dont la mère présente encore actuellement un Wassermann positif dans le sang. L'aînée âgée de 23 ans, après avoir été une arriérée intellectuelle, fait une paralysie générale lentement évolutive. Sa sœur est hémimèle et il est intéressant de rattacher l'hémimélie à l'hérédospécificité. Pour ce qui est de la méningo-encé-

©BIUM

phalite, il faut noter que la plupart des P. G. juvéniles se développent chez des hypotrophiques hérédosyphilitiques avec troubles endocriniens fréquents.

Un cas d'épilepsie avec aura prolongée. Ovariotomie et recrudescence des accès, par Mlle SERIN et J. PICARD. — Histoire d'une épileptique dont les accès paraissent en corrélation étroite avec les troubles de la fonction ovarienne. Ceux-ci se sont multipliés depuis une double ovariotomie, s'accompagnant d'épisodes confusionnels prolongés. Cette observation confirme les faits déjà signalés par M. Marchand. Il est à noter en outre qu'un traitement plus ancien par gardénal a modifié les crises que la malade prévoit deux jours à l'avance (fixité du regard, pâleur, modification des traits, crises de tremblement), ce qui lui permet de prendre des précautions et de ne plus se blesser.

Atrophie musculaire progressive et affaiblissement intellectuel chez un commotionné hypertendu, par MM. A. COURTOIS et P. LELONG. — Malade de 53 ans, victime d'un accident d'auto en 1924. Depuis, incapacité professionnelle progressive. Obnubilation, vertiges, céphalées, somnolence. Affaiblissement intellectuel portant surtout sur l'attention, le jugement, l'affectivité, la capacité d'effort, alors que les souvenirs sont assez bien conservés. Atrophies disséminées à prédominance distale aux membres supérieurs, atteinte légère des membres inférieurs et de la face. Contraction fibrillaire. Pas de signes de spasmodicité. T. A.: 21-10 Pachon. Réactions humorales négatives. Les auteurs invoquent le rôle du traumatisme associé au facteur hypertension.

Syndrome purpurique terminal chez un malade atteint de perversion instinctive sexuelle, par MM. A. MARIE et P. CHATAGNON. — Observation anatomo-clinique d'un pervers. A propos du syndrome purpurique terminal, les auteurs soulèvent l'hypothèse d'une fragilité angio-hématique particulière chez de tels sujets.

Pseudo-délire de jalousie passive chez une hypomaniaque, par MM. P. COURBON et G. FAIL. — Chez une cyclothymique, les accès hypomaniaques se caractérisent par l'apparition d'idées de jalousie passive, constituées simplement par des explications toutes verbales données par la malade aux réactions défensives de l'entourage devant ses extravagances.

©BIUM

Sur un cas de tabes avec troubles mentaux. Excitation violente après une injection de 3 gr. de tryparsamide. Disparition des troubles mentaux depuis 2 ans 1/2, par N. SENGES.

Un cas de simulation chez un jeune soldat, par MM. FOLLY et BRUNERIE. — Simulation de la démence précoce, aveu de la simulation sur la menace d'être enfermé dans un asile d'aliénés.

Syndrome hébéphrénique avec atteinte neuro-épithéliale, par P. GUIRAUD. — On oppose d'ordinaire les syndromes hébéphréniques par atteinte neuro-épithéliale à ceux qui résultent d'une atteinte inflammatoire avec lésions périvasculaires et méningées. L'auteur présente des préparations dans lesquelles on constate un gonflement dégénératif des cellules névrogliques (oligodendroglie, microglie, glie périvasculaire) et des cellules nerveuses. On constate une infime atteinte périvasculaire. L'évolution a évolué vers la mort par cachexie. Ces lésions ressemblent à celles de l'encéphalite épidémique chronique et s'accompagnent de corpuscules parasitiformes (corps en disque) décrits par l'auteur en 1923. L'auteur admet qu'une maladie infectieuse des centres nerveux passés à l'état subaigu ou chronique peut présenter des lésions presque exclusivement neuro-épithéliales.

M. Marchand fait remarquer que la sclérose névroglique peut être considérée ici comme secondaire aux lésions vasculaires inflammatoires.

L. MARCHAND.

Société de Psychiatrie

Séance du 11 février 1928

La cyclothymie dédoublée. — M. M. de FLEURY étudie l'hérédité des malades atteints de psychose maniaque-dépressive et montre que l'on trouve avec une grande fréquence chez les ascendants, soit des états dépressifs plus ou moins marqués, soit des états d'excitation hypomaniaque. Ce sont souvent d'ailleurs des formes très atténuées. De plus M. de Fleury insiste sur la fréquence de l'alternance des états de dépression et d'excitation dans les générations successives. La cyclothymie espace ses alternances de façon qu'une des générations soit excitée, la suivante déprimée. Enfin l'auteur insiste sur la transition entre les constitutions psychologiques et pathologiques.

©BIUM

Conduite à tenir vis-à-vis d'une encéphalitique adulte avec méditation homicide. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Henri DESOILLE présentent un malade qui a eu l'encéphalite épidémique en 1923. Depuis il serre le cou de sa femme et de son enfant et présente, en outre, des impulsions coléreuses qui le rendent dangereux. Il semble actuellement en période de rémission. Les auteurs n'osent pas s'y fier. Ils instituent un débat, rappellent l'évolution progressive des troubles post-encéphalitiques et demandent s'il ne vaut pas mieux interner d'office de tels sujets.

Vertiges épileptiques et acidose, par H. CLAUDE et R. RAFFLIN. — Pas de dérégulation, légère alcalose précédant les vertiges, qui surviennent dans une période d'acidose. Abaissement caractéristique des constantes urinaires étudiées.

Sur l'évolution psychique en deux temps de la P. G. héréditaire. — MM. SCHIFF et COURTOIS présentent un paralytique général héréditaire de 21 ans, avec hyper-albuminose rachidienne très forte (2,40 0/00), troubles cérébelleux, euphorie niaise, sans véritables idées de grandeur. Chez ce malade, comme chez d'autres, antérieurement présentés, l'évolution psychique a eu lieu d'une façon qui semble devoir être considérée comme typique de la P. G. héréditaire. Evolution en deux temps, avec phase pré-pubérale de débilité mentale et physique (troubles endocriniens, développement intellectuel retardé, mais progressif), phase post-pubérale avec régression intellectuelle aboutissant à l'imbécillité.

Delirium-tremens d'origine thérapeutique chez une toxicomane. Onirisme avec hallucinations lilliputiennes. — MM. TOULOUSE, DUPOUY et PICARD présentent une femme qui prend par périodes espacées des stupéfiants ou hypnotiques (morphine, véronal, chloral, haschich). Onirisme agréable avec phytopsies, zoopsies, ultérieurement état confusionnel profond avec signes d'insuffisance hépatique et de polynévrite transitoire. Cette observation pose à nouveau la question de la délivrance des substances hypnotiques sous forme de spécialités et sans ordonnance. Elle pose également la question des rapports de la dipsomanie avec la cyclothymie.

André CEILLIER.

©BIUM

VARIÉTÉS

SUPPRESSION DE POSTES DE PHARMACIEN EN CHEF DES ASILES DE LA SEINE

La question a été soulevée à plusieurs reprises depuis une vingtaine d'années. Les incidents qui se sont passés récemment à l'Asile d'Amiens où un malade a succombé à la suite de l'absorption d'un médicament destiné à l'usage externe, et qui ont été suivis de poursuites judiciaires, lui donnent un regain d'actualité. C'est pourquoi nous croyons utile de reproduire ici le remarquable rapport présenté à la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine, dans sa séance du 22 octobre 1927, par M. Raiga, rapport qui a entraîné le maintien des postes qu'on voulait supprimer.

M. Raiga. — Messieurs, nous sommes appelés à donner notre avis sur une question relativement importante et en même temps très délicate relative à l'organisation des pharmacies dans les Asiles d'aliénés.

Une lettre de M. le Directeur des Affaires départementales nous en a saisis.

Voici cette lettre :

« Monsieur le Président,

« M. le Directeur du Personnel m'a demandé de rechercher s'il n'y aurait pas lieu de supprimer le poste de pharmacien en chef de l'Asile Clinique, qui va devenir vacant par suite de l'admission à la retraite de son titulaire, et d'examiner s'il ne serait pas possible de supprimer successivement tous les postes de pharmacien en chef des Asiles au fur et à mesure des vacances. Les établissements s'adresseraient à la Pharmacie centrale des Hôpitaux pour la fourniture des médicaments qui leur sont nécessaires et on laisserait à la disposition des médecins les produits pharmaceutiques de première nécessité.

« Ces suggestions qui paraissent s'inspirer de certaines dispositions du règlement de la Pharmacie dans les établissements dépendant de l'Assistance publique ne semblent pas pouvoir être retenues, au moins dans leur généralité.

©BIUM

« Il convient de remarquer tout d'abord qu'indépendamment de la Pharmacie centrale des Hôpitaux, dirigée par un pharmacien en chef, tous les établissements de l'Assistance publique suffisamment importants sont pourvus d'un poste de pharmacien, les pharmacies des hôpitaux et hospices où il n'est pas prévu de pharmacien étant surveillées par des pharmaciens d'établissements voisins.

« Par ailleurs, la solution consistant à approvisionner les Asiles en médicaments à la Pharmacie centrale des Hôpitaux, et à laisser à la disposition des Médecins chefs de service des Asiles un certain nombre de produits pharmaceutiques présenterait bien des difficultés.

« La Pharmacie centrale livre les produits devant entrer dans la composition des prescriptions médicales, mais ces prescriptions doivent être préparées par le pharmacien et c'est là le rôle du pharmacien en chef de l'établissement (voir art. 117, Règlement de l'Assistance publique).

« Il y a lieu de remarquer que notamment dans les Asiles, le rôle du Pharmacien ne se borne pas aux préparations. Il prête son concours aux médecins pour des recherches de laboratoires entreprises notamment en vue de découvrir de nouveaux remèdes plus appropriés aux soins spéciaux que réclament les maladies mentales. Pour ces diverses raisons la suppression en principe de tous les pharmaciens d'Asiles serait donc à mon avis contraire à l'intérêt des malades, et ne semble pas devoir être retenue.

« Enfin, il semble prudent de confier la garde des stupéfiants, dont il est fait dans les Asiles un large usage, à un fonctionnaire ayant l'autorité du pharmacien en chef.

« Mais il est permis d'examiner si, *par mesure d'économie*, il ne serait pas possible au moment où deux postes de pharmacien en chef vont se trouver vacants, celui de l'Asile de Villejuif et celui de l'Asile Clinique, de supprimer un poste sur deux dans les Asiles ou établissements très proches l'un de l'autre, et de confier au même pharmacien le service de ces deux établissements.

« C'est ainsi qu'on pourrait envisager la suppression du poste de pharmacien en chef de l'Asile de Villejuif tout proche de l'Hospice Paul-Brousse, dont le pharmacien pourrait assurer le service de l'Asile en même temps que celui de l'Hospice, et celle du poste de pharmacien en chef de l'Asile de Maison-Blanche, tout proche de l'Asile de Ville-Evrard.

« Les pharmaciens de l'Hospice Paul-Brousse et de l'Asile de Ville-Evrard seraient chargés d'assurer la surveillance de la pharmacie de l'établissement voisin, dans des conditions analogues à celles fixées par l'article 118 du Règle-

©BIUM

ment de l'Assistance publique, *la visite du pharmacien en chef devant avoir lieu au moins une fois par semaine.* Les pharmacies des Asiles de Villejuif et de Maison-Blanche seraient dirigées par un interne comptable choisi parmi les internes pourvus du diplôme de pharmacien, qui serait chargé de la tenue des écritures et de la comptabilité du service de la pharmacie et qui recevrait une indemnité spéciale.

« La première suppression envisagée soulèverait peut-être une objection, mais qui paraît sans grande portée, celle qui réside dans la nature différente des deux établissements, l'un asile, l'autre hospice. Il est vrai que les services de l'Hospice Paul-Brousse se sont considérablement développés depuis ces dernières années, par suite, d'une part, de l'ouverture de deux nouveaux pavillons de vieillards et, d'autre part, de la création près de l'Hospice et dans l'enceinte de l'établissement du centre anticancéreux dont le service de pharmacie est assuré par le pharmacien de l'Hospice.

« La seconde ne soulève aucune difficulté.

« J'ajoute que les règlements et lois relatifs à l'exercice de la pharmacie (Déclaration du Roi du 25 avril 1777 et loi du 21 Germinal, an XI) que l'on aurait pu invoquer pour soutenir que le pharmacien ne doit avoir qu'une pharmacie à surveiller paraissent s'appliquer seulement aux pharmacies où il est vendu des médicaments au public.

En tous cas ces mesures se traduiraient par une économie très appréciable pour le Département. En effet, le traitement moyen des pharmaciens en chefs des Asiles est de 32.000 francs.

« En y ajoutant l'indemnité de résidence, 2.240 francs, c'est donc une économie annuelle de 32.000 + 2.240, soit 34.240 × 2 = 68.480 francs si l'on supprime deux postes et de 34.240 francs si l'on n'en supprime qu'un. Il y aurait lieu de déduire de cette somme l'indemnité allouée à l'interne comptable, indemnité qui, à l'Assistance publique est de 600 francs ; mais il s'agit d'interne-comptable dans des établissements de peu d'importance, et l'Administration de l'Assistance publique qui envisage la suppression du poste de pharmacien dans des établissements plus importants aurait l'intention de porter dans ce cas cette indemnité à 3.000 francs. Quoi qu'il en soit, l'économie peut être évaluée approximativement à 30.000 francs par an pour la suppression d'un poste et à 60.000 francs pour la suppression de deux postes.

« Je vous serais obligé, Monsieur le Président, de vouloir bien soumettre cette proposition à l'examen de la Commission de surveillance, lors de sa prochaine réunion.

©BIUM

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

« *Le Directeur des Affaires départementales,*
« Signé : GRIMAUD. »

Ainsi donc, deux points sont traités dans cette lettre : suppression totale des postes de pharmacien en chef et vacance de deux pharmacies.

Faut-il s'arrêter aux suggestions du Directeur du Personnel de la Préfecture, tendant à la suppression successive des postes de pharmacien en chef ? Vous connaissez trop, mes chers collègues, les besoins de nos grands établissements pour admettre que le service pharmaceutique puisse y être assuré directement par la Pharmacie centrale des Hôpitaux « en laissant à la disposition des médecins les produits pharmaceutiques de première nécessité ». M. le Directeur des Affaires départementales déclare lui-même que « ces suggestions ne semblent pas pouvoir être retenues ». On ne saurait trop l'approuver. Mais comme cette idée de supprssion n'est pas tout à fait nouvelle et qu'on peut être parfois tenté de donner en exemple les asiles de province qui pour la plupart n'ont pas de service pharmaceutique à demeure, j'ai pensé qu'il n'était pas inutile de rechercher ce qui se passe dans les Asiles comparables par leur importance aux établissements de la Seine. Je ne pense pas, en effet, qu'il puisse être question d'imiter les Asiles de province qui, hélas ! vous le savez tous, ne sauraient en quoi que ce soit être pris pour modèles. Le département de la Seine qui s'est fait honneur en tout temps de prendre la tête de toutes les grandes initiatives en matière d'assistance, ne voudra pas, j'en suis certain, invoquer aujourd'hui telle particularité peu recommandable des Asiles des départements. Ils n'ont pas de pharmaciens, c'est vrai, mais c'est une organisation défectueuse qui n'est pas sans danger. Le seul établissement de province qui puisse être pris en considération, est le grand établissement du département du Rhône, l'Asile de Bron qui, lui, sous certains rapports, peut rivaliser avec les Asiles de la Seine. J'ai fait écrire au Directeur : Avez-vous un service pharmaceutique organisé dans l'Asile ? Voici sa réponse du 12 août dernier :

« Le service de la pharmacie se décompose comme suit :

« 1 pharmacien en chef, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

— Entre parenthèses, je vous prie de remarquer comme on fait sonner le titre : Professeur à la Faculté.

©BIUM

« 1 préparateur en pharmacie (femme) ;
« 3 garçons de pharmacie. »

Je vous fais grâce des renseignements sur les traitements, sur les indemnités qui, *mutatis mutandis*, peuvent être comparés à ceux de la Seine.

Voilà pour l'Asile de Bron.

Que se passe-t-il en Angleterre ? J'ai visité jadis, avec le Conseil général de la Seine, quatre des dix grands asiles du Comté de Londres, asiles qui contiennent chacun 2.500 à 3.000 malade. Je n'ai pas remarqué que le Service pharmaceutique y fit défaut.

Que se passe-t-il en Ecosse ? J'ai fait écrire à Edimbourg. Voici la réponse du Dr Robertson, professeur de clinique des maladies mentales à Edimbourg et médecin-directeur du grand asile de Morningside, l'un des plus anciens du Royaume-Uni. Cette lettre est intéressante en ce qu'elle indique différents systèmes mis à l'épreuve. En voici la traduction :

30 août 1927.

«Dans les Asiles d'aliénés de petite importance, c'est aux médecins assistants qu'il revient de préparer les médicaments. Ils reçoivent, cela va de soi, secours d'aides pour le rinçage des bouteilles et tout travail matériel de cette sorte. Mais ce sont eux qui tout ensemble prescrivent et préparent les médicaments. C'est cette pratique qui est suivie par les médecins pour leur clientèle dans les pays qui n'ont pas d'officine de pharmacien.

« Dans les grands Asiles d'aliénés — comme celui de Morningside — nous avons passé par trois phases : « 1° Jadis, quand j'étais médecin assistant, j'avais à préparer mes propres prescriptions. 2° Plus tard, ce fut un élève d'un pharmacien de la ville qui venait quotidiennement exécuter les ordonnances. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir des graves inconvénients de cet arrangement, le pharmacien ne manquait pas de pousser à la consommation et de fournir une très grande quantité de drogues (a very large amount of drugs) ; de même il renouvelait continuellement et remplaçait tout ce qu'il prétendait être trop vieux ou altéré.

« 3° Maintenant, nous avons un pharmacien à demeure. Il a été parfois du sexe masculin, aujourd'hui, nous avons une pharmacienne, d'ailleurs tout à fait compétente, qui a passé tous les examens et obtenu le diplôme réglementaire. Elle remplit la fonction pour l'Asile tout entier.

« Cette pratique que nous avons adoptée ici est suivie dans la plupart des grands établissements de notre pays. »

©BIUM

Ainsi donc, des pharmaciens dans tous les vastes établissements. Je n'insiste pas ; comme le dit M. le Directeur des Affaires départementales, il ne paraît pas possible de s'arrêter aux suggestions du Directeur du Personnel qui, d'ailleurs, mal placé pour professer une opinion autorisée sur la suppression ou le maintien des postes de pharmacien dans les Asiles, demande seulement et très modestement une étude de la question.

M. le Directeur des Affaires départementales ayant écarté ce point de vue trop radical, propose de jumeler, si je puis dire, d'une part les Asiles de Ville-Evrard et de Maison-Blanche, d'autre part l'Asile de Villejuif et l'hospice Paul-Brousse, non que M. Grimaud paraisse avoir la conviction très éprouvée de l'excellence de ce projet, qu'il présente avec une certaine circonspection. Sans doute il aurait le très louable désir de réaliser dans le budget des Asiles une économie qu'il chiffre à 60.000 francs pour la suppression de deux postes et à 30.000, pour la suppression d'un seul, mais il pressent les difficultés qui en résulteront.

Ayant eu l'avantage, il y a une vingtaine d'années, de diriger le Service des Aliénés, je puis à cet égard, lui apporter un souvenir qui diminuera encore le peu d'assurance qu'il me semble témoigner. Le régime qu'il envisage a en effet déjà été appliqué. L'expérience ne fut pas heureuse. L'Asile de Maison-Blanche venait d'être ouvert, on décida de confier le service pharmaceutique du nouvel établissement à un interne-comptable, sous l'autorité du pharmacien de l'Asile voisin de Ville-Evrard. La pharmacie de Maison-Blanche accusa bientôt un tel désordre que l'on dut, en toute hâte, ouvrir un concours pour un poste de pharmacien en chef. La situation était telle que M. Souèges, l'heureux triomphateur du Concours, aujourd'hui encore pharmacien de Maison-Blanche, soucieux de ses responsabilités, se refusa à prendre la direction de la pharmacie, jusqu'au jour où le Service de l'Inspection générale de la Préfecture eût pu se rendre compte de l'état dans lequel elle se trouvait. Voilà un précédent. On fut d'accord à l'époque, pour reconnaître qu'un agent subalterne, quelles que soient ses qualités professionnelles, manquait de l'autorité indispensable dans un si grand établissement.

Je sais bien qu'on invoque l'exemple de l'Assistance publique qui, dans ses petits établissements, comme nous à Moisselles, a recours à des internes agents-comptables. Mais il n'est pas un seul hôpital, pas un seul hospice de l'importance de Ville-Evrard ou de Paul-Brousse, de Villejuif ou de Maison-Blanche qui n'ait sa pharmacie particulière et son phar-

©BIUM

macien en chef. M. le Directeur des Affaires départementales le reconnait tout le premier. « Tous les établissements de l'Assistance publique suffisamment importants sont pourvus d'un poste de pharmacien. »

Et cette mesure s'impose. Tout d'abord au point de vue de la santé des malades. Le pharmacien contrôle les médicaments a l'arrivée. Des erreurs sont en effet possibles à la livraison. Il s'en produit assez fréquemment. Le pharmacien contrôle également les médicaments à délivrer aux malades. Il vérifie les ordonnances au double point de vue de leur rédaction et de leur exécution. Ce rôle est capital. Si un pharmacien compétent se fût trouvé à Moisselles, il y a quelques années, le médecin en chef n'eut pas été un jour à deux doigts de la mort. Malade, il s'était prescrit à lui-même un médicament dangereux. Il s'était trompé sur la dose. Le préposé à la pharmacie incapable de rectifier son erreur, lui délivra la drogue en quantité prescrite et le Docteur fut empoisonné. C'est par miracle qu'il a été sauvé.

Tout récemment à l'Asile de Dury-lès-Amiens, un cas d'empoisonnement s'est produit qui a fait quelque bruit dans la presse. Que s'est-il passé ?

Le cahier des prescriptions médicales de Dury est divisé, afin d'éviter les méprises, en deux colonnes : médicaments pour l'usage interne, médicaments pour l'usage externe. Or, le médicament, en l'espèce, du salicylate de méthyle, qu'absorba le malade à la dose massive de cent grammes figurait, par une erreur inconcevable, dans la colonne des médicaments pour l'usage interne. Un pharmacien eut découvert immédiatement la fatale erreur, mais à Dury il n'y avait un pharmacien que par occasion et c'est une infirmière, qui en fait, exerçait la fonction. Elle ne s'est aperçue de rien. Il y a eu mort d'homme.

La présence d'un pharmacien en chef responsable, s'impose non seulement pour la sécurité des administrés, mais également pour la saine gestion du service. Quand dans un établissement il y a un personnel nombreux, dont une petite minorité seulement a droit aux médicaments, point n'est besoin d'une sagacité exceptionnelle, pour imaginer les sollicitations permanentes dont est assailli le détenteur des produits pharmaceutiques. Du haut en bas de l'échelle hiérarchique, c'est la main tendue qu'on aborde l'officine. C'est le quinquina, les vins toniques, l'antypirine, l'aspirine, le rhum, les purgatifs, les calmants, que sais-je ? que l'on cherche à se procurer sans bourse délier. Si le préposé responsable n'a pas l'autorité nécessaire pour résister, il est débordé. Un pharmacien chef, seul, possède, avec la respon-

©BIUM

sabilité, l'autorité et la compétence pour s'opposer au gaspillage des médicaments, aux tentatives d'abus et pour s'entendre avec le corps médical afin de concilier à la fois l'intérêt des malades et l'intérêt de l'établissement. Un interne-comptable, qui sans doute aurait le souci de ses devoirs, n'aurait évidemment pas le même pouvoir de résistance. A quoi bon faire des économies de personnel, si elles doivent être contre-balancées par ailleurs par des accroissements de dépenses ?

Et quelles économies même espère-t-on réaliser ? Si l'on supprime deux postes de pharmacien en chef, ne faudra-t-il pas créer deux postes d'interne et allouer à ces internes des indemnités spéciales et supplémentaires en qualité de comptables et de responsables ? L'économie, de ce fait, sera réduite à peu de chose. Serait-elle plus importante que je ne serais pas convaincu.

Comment, en effet, ne pas faire état de l'argument si puissant, à mon sens, que donne lui-même M. Grimaud quand il rappelle le concours précieux que prête aux médecins le pharmacien de l'Asile pour les recherches et analyses de laboratoire en vue de découvrir des moyens nouveaux et efficaces de traitement des maladies mentales ? L'avenir de l'école psychiatrique de Paris n'est-il pas intéressé au plus haut point à cette féconde collaboration ? Est-ce que dans tous les hôpitaux le progrès de la thérapeutique en général n'est pas subordonné à l'association intime de la médecine et de la chimie ?

Je pourrais borner là les considérations qui militent en faveur du maintien de l'organisation des pharmacies telle qu'elle a été créée si judicieusement jadis par le Conseil général de la Seine et telle qu'elle fonctionne aujourd'hui. Mais il ne faut rien laisser dans l'ombre. Il faut tout dire et franchement.

Ce n'est pas un grand secret, Messieurs, que de divers côtés on fait grief à nos pharmaciens, à certains d'entre eux tout au moins, d'avoir des occupations au dehors, de professer à la Faculté, d'être parfois Conseils d'industries privées. Ces reproches fondés sur de vagues présomptions d'insuffisante assiduité à l'officine, sont malaisés à saisir. Ils sont indéterminés, ils flottent dans l'air, sans prendre corps. Y a-t-il eu des abus ? des négligences dans le service ? S'il y en a eu, qu'a-t-on fait pour les faire cesser ? Il y a des inspecteurs dont c'est la fonction de les révéler à l'Administration. Y a-t-il eu des rapports sur des faits précis et, à la suite, des remontrances, des avertissements, des sanctions ?

Rien de semblable n'est parvenu à ma connaissance,

©BIUM

L'Administration n'a rien trouvé à redire à ce qu'elle pouvait connaître et, en ce qui me concerne, à son exemple, pourvu qu'ils remplissent consciencieusement à l'Asile leurs obligations, toutes leurs obligations, je ne trouve nullement choquant que les pharmaciens de nos établissements, qui n'ont pas boutique ouverte, n'attendent pas le client, n'ont pas de recettes à encaisser au compte de l'Asile, professent des cours à la Faculté et même prêtent occasionnellement leurs conseils à des industries chimiques. A chaque instant, ne nous cite-t-on pas avec admiration les pays étrangers, l'Allemagne en particulier, où les industries chimiques ont pris le développement que vous savez, grâce à la collaboration constante des savants officiels et de l'industrie privée ? Ce qui est légitime et loué à l'étranger, serait-il interdit chez nous ?

Les pharmaciens des Asiles, nommés, comme ceux des Hôpitaux de Paris, à la suite d'un concours hérissé de difficultés, sont par le fait même, recrutés parmi une élite. Leurs recherches, leurs travaux sont de nature parfois à profiter au pays tout entier. L'Assistance publique l'a bien compris qui, très légitimement, se glorifie de posséder parmi les pharmaciens de ses hôpitaux les professeurs les plus notoires de la Faculté de Pharmacie. L'Asile du Rhône lui-même ne manque pas, vous l'avez vu, de mettre en vedette le titre de professeur à la Faculté de son pharmacien.

Doit-il en être autrement dans les Asiles de la Seine qui ont eu l'honneur de compter parmi leurs pharmaciens des hommes éminents, comme Amand Valeur, docteur ès sciences, professeur à la Faculté et dont le monde scientifique déplore la perte récente et cruellement prématurée, comme notre ancien collègue à la Commission de surveillance, M. Charles Moureu, aujourd'hui professeur au Collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine ? Je n'hésite pas à vous révéler — et je ne crois pas, en le faisant, commettre une indiscrétion — qu'un jour M. le professeur Moureu, très simplement, me fit la confidence que, sans le libéralisme du Département de la Seine, il n'eût pas été en mesure de persévérer dans ses travaux et, ainsi, n'eût pu, — j'ajoute au grand dommage de la science chimique — atteindre les sommets où il est parvenu. Voilà, n'est-il pas vrai, un précieux aveu : beau témoignage de gratitude qui honore et le Département auquel il revient, et l'homme qui sait ainsi reconnaître et apprécier ses bienfaits. (*Très bien !*)

En France, Messieurs, dans la patrie de Berthelot, les chimistes de grand renom ne sont pas légion. On les compte.

©BIUM

Pour en arriver là, outre des dispositions particulières, il faut des études longues, patientes, désintéressées et, par conséquent des ressources permettant de s'y livrer. Le Département de la Seine peut aujourd'hui, s'enorgueillir, tout en exigeant d'eux un service régulier — qu'ils accomplissent d'ailleurs avec loyauté et conscience — de favoriser dans leur carrière de jeunes hommes qui déjà ont donné des preuves de leur mérite et dont l'avenir est plein de promesses. Il serait dommage que, pour une sordide économie de quelques milliers de francs et d'ailleurs problématique, le Département qui a la réputation si méritée de voir haut et large, cessât, sans profit certain et appréciable pour ses finances, d'aider, comme il l'a fait jusqu'ici, au développement d'heureuses vocations scientifiques et, par là-même, à la formation peut-être de savants distingués ou éminents que la France ne saurait jamais posséder en trop grand nombre.

Puisque nous avons, mes chers collègues, le privilège de collaborer dans une très modeste mesure avec le Département de la Seine, je vous propose de conclure avec moi au maintien du régime des pharmacies tel qu'il existe aujourd'hui et contre lequel personne jusqu'ici ne me paraît avoir apporté un ensemble de critiques fondées et convaincantes. Le système d'aujourd'hui a fait ses preuves. Il est en réalité, j'en ai la conviction, et en dépit des apparences, le moins coûteux de tous ceux qu'on peut imaginer.

M. LE PRÉSIDENT. — Un argument surtout m'a beaucoup frappé : l'intervention des pharmacies des Asiles dégage l'Administration d'une lourde responsabilité. Ce point est important, car vous savez combien le public, la presse, relèvent le moindre incident survenu dans les Administrations. Je crois donc que nous devons adopter les conclusions très logiques et très rationnelles de M. Raiga. (Adopté à l'unanimité).

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Ce concours s'est ouvert le 19 mars 1928 et s'est terminé le 24 mars. Le jury était constitué comme suit :

Président. — M. le docteur Daniel Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires. — M. le professeur Pfersdorff (de Strasbourg), MM. les docteurs Privat de Fortunié (de Maré-

©BIUM

ville), Quercy (de Rennes), Pactet (de Villejuif), Lautier (d'Alençon), Lafage (de Braqueville).

Membres suppléants. — MM. les docteurs Lerat (de Lafond) et Daday (de Saint-Maurice).

Douze places étaient mises au concours.

Comme nous le faisions prévoir dans notre chronique de février (voir *Annales*, 1928, p. 97), onze candidats seulement se sont présentés. Neuf ont été nommés.

Les questions écrites ont été les suivantes : *Anatomie :* Voies optiques (à l'exclusion de la rétine, Anat. Physiol.). — *Pathologie mentale :* Les aphasies. — *Pathologie interne* ou *Hygiène hospitalière :* Diagnostic, prophylaxie et traitement de la fièvre typhoïde. — *Administration :* Le travail des aliénés et sa rémunération.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Chatagnon, Briau, Mlle le Dr Morel, MM. Menuau, Raquet, Mouchette, Mans, Gardes, Noyer.

Le tableau ci-après donne les notes obtenues par chacun des candidats.

NOTES OBTENUES

NOMS		Anatomie	Path. mentale	Path. interne	Adminis.	Titres		Clinique		Total
						civils	militaires	orale	écrite	
M. Chatagnon.....		27	25	15	16,5	15,5	9,75	34	35	177,75
M. Briau.....		29	26	18,5	15	11,5	2,5	35	33	170,5
Mlle Morel.	ex	22	18	14	18	16		34	39	161
M. Menuau.	æquo	23	23	19,5	19,5	12	10	28	26	161
M. Raquet.....		22	23	12	9	12,5	1,5	26	27	133
M. Mouchette.....		11	11	18	16	14	1,5	26	30	127,5
M. Mans....	ex-	19	13	17	16	7,5		25,5	23,5	121,5
M. Noyer...	æquo	16	13	15	17	7,5	5	23	25	121,5
M. Gardes..		24	19	12	10	7		23	26,5	121,5

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 35.894

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le placement volontaire des indigents à l'asile

L'auto-placement volontaire

Je voudrais pouvoir appuyer par des remarques basées sur quatre années d'expérience, les excellentes considérations récemment formulées dans cette Chronique par mon collègue et ami Demay, à propos des services ouverts et du placement direct des psychopathes indigents à l'asile.

Comme presque partout ailleurs — exception faite pour quelques rares départements — la Nièvre vivait sur le mode commun : des internements volontaires réservés aux seules familles payantes, et des internements d'office appliqués systématiquement aux indigents, quand, en 1921 et 1922, la question du placement volontaire

©BIUM

accessible pour tous, indistinctement, est née : à la fois du désir que nous, médecins de l'asile, avions de le voir mettre en œuvre, et de la situation d'esprit de certains membres de l'Assemblée départementale qui, comme médecins praticiens, n'avaient pas déjà été sans se rebeller contre l'obligation qui leur était faite, dans certains cas, de certifier des états d'aliénation mentale à caractère dangereux, alors qu'il ne s'agissait que de malades des plus inoffensifs, ayant besoin d'une assistance et d'une thérapeutique spéciales que leur manque de ressources ne permettait de leur donner qu'à l'asile.

Saisissant cette occasion qui s'offrait à nous d'aboutir à un résultat pratique et désirable — une fois nos confrères convaincus par nos soins de la possibilité légale où ils se trouvaient d'obtenir satisfaction — nous avons saisi l'Administration préfectorale d'un rapport documenté traitant les détails du placement volontaire des indigents ; la question, soumise à la session d'août 1923 du Conseil général, eût immédiatement la faveur d'un vote approbatif unanime (22 août).

Voici d'ailleurs comment le Préfet avait présenté l'affaire, à son corps défendant, je m'empresse de le dire, car son projet comportait la question de l'auto-placement à laquelle nous n'avions pas osé prétendre.

« Dans vos précédentes sessions, vous avez exprimé
« le désir que les aliénés [nous préférerions le terme
« *psychopathes*] indigents non dangereux puissent être
« volontairement admis à l'asile de La Charité pour y
« recevoir le traitement spécial aux malades mentaux,
« sans qu'il soit besoin d'exiger pour ces malades le

©BIUM

« certificat médical attestant la nécessité de l'interne-
« ment par mesure de sécurité publique. Vous voudrez
« bien trouver au dossier les rapports des médecins de
« l'asile sur cette question. La loi de 1838 sur les alié-
« nés a prévu, en effet, deux sortes de placement [pour
« les indigents] : le placement d'office, ordonné par
« l'autorité publique à l'égard des aliénés susceptibles
« de compromettre l'ordre public et la sûreté des per-
« sonnes (art. 19 de la loi) [remarquer qu'il n'est pas
« parlé de l'art. 18, et j'y reviendrai], et le placement
« volontaire concernant les aliénés dont l'état mental
« ne rend pas nécessaire la mesure de police qui s'im-
« pose pour les autres, mais réclame néanmoins, dans
« l'intérêt du malade, un traitement spécial dans un
« établissement d'aliénés (art. 25).

« La distinction entre ces deux placements est très
« nette et très importante ; il me paraît indispensable
« qu'elle soit respectée, et pour cette raison il ne me
« semble pas possible, sur ce point, de me ranger à
« l'avis des médecins de l'asile qui prévoient l'inter-
« vention du maire, en vertu de l'art. 19 de la loi de
« 1838, pour le placement des malades non dangereux.
« L'autorité publique doit, au contraire, rester entière-
« ment étrangère à la décision par laquelle une famille
« provoquera le placement d'un de ses membres non
« dangereux, dans un asile d'aliénés, pour y recevoir la
« thérapeutique spéciale dont il a besoin. L'adminis-
« tration ne doit intervenir ici que pour le paiement
« des frais de séjour. »

Et ici j'ouvre une parenthèse. Telle n'avait pas été notre intention de proposer le recours systématique aux ressources des dispositions de l'art. 19, ainsi qu'il est dit plus haut, — cela se conçoit aisément — mais simplement de préconiser que dans certains cas où des maires, usant de cet article pour des internements, au lieu d'en laisser l'entière initiative aux familles, nous eussions la possibilité de signaler dans notre certificat des

©BIUM

24 heures, que le placement ressortissait plus du placement volontaire que du placement d'office, quand il en allait ainsi. Ceci avait, dans notre esprit, la portée pratique de rectifier quelques mesures prises — de bonne foi, mais inconsidérément — par les maires, et de faire en sorte de ne laisser jouer qu'à bon escient l'arrêté préfectoral pour les seuls cas relevant indubitablement de la mesure de préservation sociale. J'entends bien que la loi de 1838, n'envisageant l'arrêté provisoire municipal d'internement, qu'à la section « Placements ordonnée par l'autorité publique » il paraît *ipso facto* en découler qu'il n'y a pas à revenir sur cette décision d'un maire, couverte qu'elle est par un texte législatif. Telle était alors l'interprétation préfectorale. Telle n'était pas celle que nous lui avions donnée, car il est toujours permis — semble-t-il — de revenir sur une mesure provisoire, surtout quand elle ne reçoit d'effet définitif que d'autant qu'il est statué postérieurement par une autorité supérieure qui peut très bien ne pas lui donner son approbation. Notre conception a prévalue par la suite.

Ceci m'amène à signaler que la majorité des internements — hormis ceux laissés depuis 1923 à la discrétion volontaire des parents — s'opère directement, dans la Nièvre, par le jeu de l'art. 19, seul l'hôpital de Nevers ayant les possibilités de mettre en observation — et dans quelles conditions défectueuses ! — des malades, ensuite internés par le procédé de l'art. 18. J'en reviens à mon texte préfectoral.

« Afin de me permettre de mettre à exécution la déci-
« sion du Conseil général relative à l'application de

©BIUM

« l'art. 25 de la loi de 1838, je vous propose de vouloir « bien donner votre approbation au projet d'arrêté ci- « après :

« Nous, Préfet... Vu l'art. 25, § 2, de la loi du 30 juin « 1838 ; vu les instructions ministérielles des 5 août « 1839 et 14 août 1840 ; vu la délibération prise par le « Conseil général... Considérant que la loi du 30 juin « 1838 n'est pas seulement une loi de police, mais encore « une loi de bienfaisance qui a pour but d'assurer, « autant que possible, un traitement et des soins aux « aliénés en général ; que les bienfaits de cette loi doi- « vent s'étendre même aux aliénés [nous aurions pré- « féré *malades*] dont l'état mental ne compromettrait « point l'ordre public ou la sûreté des personnes... « Arrêtons :

« ARTICLE PREMIER. — Par application de l'art. 25 « de la loi du 30 juin 1838, les aliénés [nous aurions « préféré *psychopathes*] indigents du département de « la Nièvre dont l'état mental ne compromettrait point « l'ordre public ou la sûreté des personnes, pourront « être admis à l'asile de La Charité, dans la limite des « places disponibles. » [Ce dernier membre de phrase est superflu, car cette considération n'a jamais été envisagée].

« ART. II. — Les admissions à ces places auront lieu « dans les formes, dans les circonstances et aux condi- « tions ci-après :

« ART. III. — Les demandes d'admission pourront « être formées par LE MALADE, et par toute autre per- « sonne intéressée, parent, tuteur, curateur, ami...

« ART. VII. — Toute demande d'admission devra être « remise au Maire de la commune qui en donnera acte « et qui y joindra : 1° un certificat constatant la situa- « tion de fortune de l'aliéné [*malade* eût été préféra- « ble] et de ceux de ses parents habitant la commune « auxquels les aliments pourraient être réclamés... et « indiquant les diverses résidences du malade ou des « personnes desquelles il tiendrait son domicile de « secours... — 2° l'engagement du Maire ou du Conseil

©BIUM

« municipal, au nom de la commune, de contribuer dans « la proportion réglementaire aux frais de séjour du « malade.

« La demande et toutes les pièces nous seront immé- « diatement transmises pour approbation et autorisa- « tion, en ce qui concerne le paiement des dépenses...

« ART. VIII. — Seront admis de préférence aux pla- « ces ci-dessus réservées, les aliénés dont la madalie « sera la moins invétérée ou qui, d'après l'avis des « médecins, présenteront le plus de chances de guéri- « son. » [Cette distinction n'a jamais été appliquée, l'admission s'opérant indistinctement pour tous les états morbides sans réactions dangereuses]...

« ART. XI. — Le prix de journée sera celui APPLICA- « BLE AUX ALIÉNÉS PLACÉS D'OFFICE par l'autorité publi- « que. Les frais de transport, d'entretien et de traite- « ment des aliénés [psychopathes] ainsi placés seront « à la charge de la collectivité du domicile de secours, « sauf recours de la commune et du département, con- « formément aux art. 27 et 28 de la loi du 30 juin 1838 « contre les malades eux-mêmes et ceux de leurs « parents auxquels il pourrait être demandé des ali- « ments... »

Cet arrêté, soumis à l'approbation de l'Administration Supérieure, a reçu la signature Ministérielle le 12 décembre, et ainsi il s'est trouvé, qu'au moins dans un des asiles publics d'aliénés de France, fonctionne l'auto-placement volontaire dont toutefois sont exclus, par le texte même, les pensionnaires payants.

Des extraits, puisés dans mes rapports médicaux de fin d'année, vont montrer quels ont été les résultats de ces innovations.

« Le placement volontaire des indigents... a com- « mencé à entrer en application dans la seconde moi- « tié de 1924... 7 malades ont été admis : 6 hommes

CEIUM

« (mélancolique ; deux frères, hérédo-syphilitiques, fils, « petits-fils et arrière-petit-fils d'aliénés, atteints, l'un « de crises convulsives épileptiformes, l'autre, de syn- « drome hébéphrénique ; idiot ; dément précoce ; céré- « bro-scléreux sénile démentiel) ; 1 femme (démente « précoce). Ce ne sont toutefois pas là les seuls cas qui « auraient pu bénéficier de ce mode de placement ; il « est beaucoup d'autres malades qui auraient pu entrer « à l'asile, de la sorte, et qui y ont été admis d'office, par « le mode du placement d'urgence (art. 19), de sorte « que nous sommes obligés de reconnaître que la mesure « adoptée par l'Assemblée départementale, ne rend pas « pour le moment, tous les services qu'on devrait en « attendre. Et ceci appelle quelques constatations et « considérations.

« En récapitulant les procédés de placements d'office, « on trouve qu'ils ont été opérés à raison de : 1° 39 « (17 H. et 22 F.), par application de l'art. 18, 9 H. et « 8 F. ayant été, pour ce faire, mis préalablement en « observation à l'hôpital de Nevers (1). — 2° 34 (14 H. « et 20 F.) par application de l'art. 19, c'est-à-dire par « envoi direct à l'asile avec arrêté provisoire de pla- « cement pris par les maires. Ce chiffre de 34 place- « ments provisoires, élevé en réalité, montre une ten- « dance à opérer sans délai et à abréger les formalités « de demandes à M. le Préfet. Dans la plupart des cas, « il s'agit de formes mentales assez rapidement écloses, « ou à manifestions empreintes d'exubérance, d'exci- « tation motrice, de désordre des actes, mais sans réac- « tions à proprement parler nocives, le malade étant en « réalité plus difficile à garder, à maintenir, qu'à sous- « traire à un danger social nettement caractérisé. Or « nous savons par expérience que les délires toxiques « ou infectieux revêtent en particulier ces formes « désordonnées, délires pour lesquels, en l'absence de « services hospitaliers spéciaux dont les ressources « provinciales ne peuvent faire les frais, il est logique « de n'user tout au plus que du placement volontaire

(1) 33 placements de pensionnaires payants.

©BIUM

« à l'asile. Nous reconnaissons toutefois que leur diag-
« nostic est malaisé et qu'il ne peut, la plupart du temps,
« être porté qu'à la faveur d'une spécialisation médicale
« toute élective. C'est pourquoi nous avions proposé que
« dans certains cas de placement d'urgence au moyen
« des dispositions de l'art. 19, nous ayions la latitude,
« dans le certificat des 24 heures, de formuler, le cas
« échéant, un avis permettant de classer le malade sous
« la rubrique du placement d'office ou du placement
« volontaire, la régularisation de l'internement n'étant
« opérée que lorsque M. le Préfet a pris ensuite tel arrêté
« définitif qu'il juge opportun. Les formalités du place-
« ment volontaire au titre d'indigent, exigent, en effet,
« à l'heure actuelle, des démarches identiques à celles
« du placement d'office au titre de l'art. 18 et l'on con-
« çoit que devant des nécessités cliniques impérieuses,
« elles n'aient, la plupart, à s'appliquer qu'à des cas
« chroniques et cela, à l'inverse du but cherché : traiter
« le plus vite possible des affections curables sans
« recourir au placement d'office.

« Qu'il nous soit permis, à l'occasion de ces ques-
« tions, de faire remarquer que beaucoup de place-
« ments d'office au titre de l'art. 19, sont effectués
« sans qu'aucun procès-verbal d'enquête relate dans
« leurs détails les réactions nocives auxquelles ont pu
« se livrer les malades au dehors. C'est là une lacune
« qui mérite d'être comblée, moins par nécessité d'être
« fixé au moment de l'entrée à l'asile, que pour l'ave-
« nir, dans l'éventualité d'une sortie. Il est certain que
« pour chaque affection mentale, il existe des cas
« d'espèce qui ne peuvent être tranchés que si le
« malade est, ou non, sujet à des réactions particuliè-
« rement dangereuses. Que le procès-verbal ne par-
« vienne pas à l'asile le jour même de l'entrée — puis-
« que les placeurs désirent aller très vite — admet-
« tons-le, mais il est indispensable qu'il suive le plus
« près possible la date de l'admission et ne consiste
« pas dans l'énoncé d'une opinion, mais bien dans la
« relation détaillée des faits témoignés. [Rapport de
« l'exercice 1924]. Dans notre rapport de 1924, nous
« signalions que les formalités du placement volon-

©BIUM

« taire au titre d'indigent, exigeaient à cette époque « des démarches assez longues (demande préalable à « l'admission, d'un arrêté préfectoral de frais d'entre- « tien) qui dans beaucoup de cas mettaient obstacle à « la rapidité du placement, condition indispensable « pour l'obtention de résultats thérapeutiques favora- « bles. D'où il résultait que — contrairement au but « principal cherché — traiter le plus vite possible les « affections curables sans recourir au placement d'of- « fice — les entrées de ces derniers cas étaient provo- « quées par arrêté provisoire selon les dispositions de « l'art. 19 ; seuls, des cas chroniques, bénéficiant de la « règlementation du placement volontaire d'indigent. « Ces faits n'ont pas échappé à l'attention du Conseil « général et de l'Administration préfectorale (1) ; aussi « à la session de septembre 1924 de l'Assemblée dépar- « tementale, il a été décidé que les formalités du pla- « cement volontaire au titre d'indigent seraient sim- « plifiées et que l'entrée des malades s'effectuerait « désormais directement sur le vu : d'un certificat « médical sur papier libre, d'une demande d'admission « et d'une attestation municipale certifiant l'indigence, « la question d'imputabilité des frais devant être réglée « par la suite, à la faveur d'une enquête auprès des « maires. Il peut se faire que dans certains cas, la « totalité de ces frais soit imputée entièrement à la « famille dont les ressources ne permettent seulement « que le remboursement au taux du placement d'office « de l'indigent, à l'exclusion du paiement du prix de « pension fixé pour les placements volontaires ordinai- « res laissés à l'initiative totale des familles fortunées « (art. 8). L'administration de l'Assistance publique de « la Seine a bien voulu accepter ces dispositions — au « taux versé par la Seine pour ses malades — et en « faire bénéficier ceux de ses pupilles, assistés dans « les départements limitrophes, dont l'état neuro-psy- « chique nécessite un traitement spécial. Un étranger,

(1) En réalité l'Administration n'avait pas voulu admettre ces objections, et la question avait été tranchée par les médecins, membres du Conseil Général, auxquels elle avait été soumise.

©BIUM

« entretenu au compte de l'Etat (mélancolie), et un « agent entretenu au compte de l'administration des « P. T. T. (psychose traumatique) ont été admis dans « les conditions ci-dessus, au taux payé par l'Etat pour « ses assistés à l'asile. Sont entrés en 1925, par place- « ment volontaire au titre de l'indigence : 11 hommes, « dont un par auto-placement, et 8 femmes. Le place- « ment volontaire payant ordinaire (art. 8) (1), de « 3 hommes et de 2 femmes a été transformé en cours « de séjour, en placement volontaire au titre et au taux « de l'indigence par suite de l'épuisement des ressour- « ces disponibles des familles ou par suite de l'éléva- « tion des prix de pensions. Nul doute que ce mode « d'assistance soit appelé dans l'avenir à prendre une « extension de plus en plus importante. Il sert de tran- « sition heureuse entre le placement d'office et l'hos- « pitalisation future en service véritablement ouvert, « sous le régime d'autres modes d'assistance générale « (lois de 1893, de 1905, par exemple). Actuellement « les familles et les municipalités ne sont pas encore « au courant de la bienveillante initiative prise par le « Conseil général en faveur des psychopathes non dan- « gereux, pour que cette initiative puisse porter tous « ses fruits. L'expérience et une publicité bien com- « prise ne tarderont pas à se manifester par une aug- « mentation des placements volontaires et une dimi- « nution des placements d'office... Par une autre de ses « décisions prises en 1925, l'Assemblée départementale « a estimé que le terme « asile » devait disparaître et « être remplacé par celui d' « Etablissement départe- « mental neuro-psychiatrique ». Pour les placements « d'office, dont certains auraient été justiciables du « placement volontaire (en particulier ceux d'arriérés « intellectuels et de déments séniles) nous relevons : « 1° 24 entrées d'hommes et 24 entrées de femmes par « arrêté provisoire (art. 19). — 2° 20 entrées d'hom- « mes (dont 6 après mise en observation à l'hôpital de « Nevers ; 4 à la suite d'une expertise médico-légale ;

(1) 55 placements de pensionnaires payants.

©BIUM

« 2 à la suite d'un transfèrement) et 18 entrées de « femmes (dont 11 après mise en observation à l'hôpi- « tal de Nevers ; 1 à la suite d'une expertise médico- « légale ; 2 à la suite d'un transfèrement), par arrêté « préfectoral (art. 18). Il est à remarquer que sur « 18 malades mis ou mises en observation à l'hôpital « de Nevers, une seule a été dirigée sur La Charité, « par placement volontaire au titre indigent. Nous ne « saurions trop insister à nouveau sur la nécessité « absolue qu'il y a d'obtenir pour les placements d'of- « fice, le maximum de renseignements relatant les faits « anormaux et dangereux qui ont motivé ce mode de « placement ; cette nécessité devient impérieuse « depuis l'institution du placement volontaire en faveur « des indigents, car le placement d'office prend de la « sorte son véritable caractère de mesure de préserva- « tion sociale contre les aliénés manifestement nocifs. « On comprendra aisément qu'il importe, dans ces « conditions, que chacun, selon les attributions que lui « confère la loi du 30 juin 1838 — autorités adminis- « tratives, autorités judiciaires, médecins de l'établisse- « ment, — soit à même d'être renseigné d'une façon « complète sur les réactions des malades pour lesquels « jouent les dispositions légales les plus restrictives de « leur liberté. Il semble apparaître que certains place- « ments provisoires selon les dispositions de l'art. 19 « soient surtout envisagés par quelques municipalités, « moins dans le but d'opérer un internement que les « circonstances exigent devoir être rapide, que dans « celui de s'éviter la constitution d'un dossier aussi « complet que le serait celui d'une demande d'admis- « sion sollicitée auprès de M. le Préfet (art. 18). Ce « qu'il importe de connaître ce sont les relations « détaillées des actes antisociaux commis par les mala- « des au dehors, avec un procès-verbal d'enquête rap- « portant des témoignages précis. Nul besoin d'affir- « mer dans ces pièces que le malade est atteint de tel « ou tel trouble mental ; c'est là affaire aux médecins « et surtout à ceux de l'établissement. Combien d'attes- « tations municipales ne font que recopier le libellé du « certificat médical ! Ce qu'il faut aussi éviter, c'est

©BIUM

« l'enquête passe-partout tirée, en réserve, à la « machine ou à la polycopie, dans laquelle quelques « blancs serviront à intercaler les noms de 3 ou 4 « témoins qui attesteront un fait général qui se repro- « duit le même pour tous, puisqu'il est transcrit à « l'avance. Ce n'est pas une formalité qui est réclamée, « ce sont des renseignements effectifs dans un but de « haut intérêt social. [Rapport de l'exercice 1925].

« La modalité du placement volontaire des indigents « continue à fonctionner dans de bonnes conditions et « suivant un mode pratique. Nul doute qu'au fur et à « mesure qu'elle sera mieux connue des médecins pra- « ticiens, des familles et des municipalités, le nombre « des placements d'office s'en trouvera d'autant dimi- « nué. Il arrive en effet que cette dernière formalité « d'internement qui ne doit légalement viser que les « seuls aliénés à réactions manifestement dangereuses « et indubitablement établies, soit encore appliquée à « des malades inoffensifs pour lesquels l'Etablissement « neuro-psychiatrique est en partie un hôpital spécia- « lisé où ils viennent pour être soignés et non pour « être séquestrés par mesure de préservation sociale. « Le placement volontaire des indigents est une heu- « reuse disposition qui permet d'atteindre le dédouble- « ment futur des asiles d'aliénés en service de sécurité « pour aliénés judiciaires, dangereux et protestataires « — et services complètement ouverts régis par un « autre mode d'assistance que celui de la loi du « 30 juin 1838. Parmi les 215 admissions de l'an- « née 1926, 42 placements volontaires d'indigents ont « été opérés, pour 47 placements volontaires au compte « des familles et 126 placements d'office. Sur ces 42 « placements : 1° 13 concernent des hommes : 6 entiè- « rement au compte des communes et du département; « 3 au compte des familles, mais au tarif de l'indi- « gence (dont 1 après paiement pendant un mois du « tarif des pensionnaires) ; 1 avec quote-part prise « sur une pension d'infirmité versée par l'Administra- « tion des P. T. T., après que cette dernière adminis- « tration eut cessé d'assumer les frais qui lui incom- « baient du fait de la psychose traumatique contractée

©BIUM

« par le malade en cours de travail. A ce sujet, il appa-
« rait que les administrations qui ont l'obligation d'as-
« sistance de leurs employés, dussent supporter un
« prix de journée supérieur à celui adopté par le
« département pour les indigents dont il a la charge.
« Deux malades ont été entretenus au compte de la
« Seine et un au compte de l'Etat. — 2° 29 concernent
« des femmes : 13 entièrement au compte des commu-
« nes et du département (dont 1 après trois mois du
« tarif des pensionnaires) ; 1 au compte de la famille ;
« 8 avec quote-part à la charge des familles ; 3 au
« compte du département de la Seine (enfants assis-
« tées) ; 1 au compte de l'Etat ; 1 au compte du dépar-
« tement de la Marne ; 1 au compte de la famille domi-
« ciliée dans l'Yonne. Un seul auto-placement de
« femme a eu lieu. La malade étant venue à l'asile por-
« teuse par erreur d'un arrêté municipal d'internement
« provisoire (art. 19), au lieu d'une attestation de prise
« en charge par la commune de sa quote-part des frais
« d'entretien, l'autorité préfectorale n'en a pas moins
« considéré le placement comme volontaire.

« Pour les placements d'office dont certains auraient
« été manifestement justiciables du placement volon-
« taire, au compte des collectivités, nous relevons :
« 1° 26 entrées d'hommes et 18 entrées de femmes par
« arrêté provisoire (art. 19). 2° par arrêté préfectoral
« (art. 18) : 15 entrées d'hommes (dont 5 après mise
« en observation à l'hôpital de Nevers ; 7 à la suite
« d'une expertise médico-légale ; 3 par transfèrement)
« et 67 entrées de femmes (dont 16 après mise en
« observation à l'hôpital de Nevers ; 1 à la suite d'une
« expertise médico-légale ; 49 par transfèrement). On
« ne peut pas ne pas être frappé par l'importance du
« nombre de placements d'office opérés par arrêté pro-
« visoire (art. 19) eu égard au nombre de placements
« ordonnés par arrêtés préfectoraux (art. 18), surtout
« que la majorité de ces placements provisoires ne
« sont accompagnés d'aucun dossier relatant dans leurs
« détails les faits dangereux qui devraient motiver
« légalement la mesure de séquestration dans un but
« de préservation sociale. Il apparaît clairement, en

©BIUM

« effet, qu'une disposition qui, d'autorité, supprime la « liberté d'un individu par considération de la sauve- « garde de la collectivité, est une mesure grave qui « doit être entourée de toutes les garanties voulues. « Avant l'institution du placement volontaire des indi- « gents, alors qu'ils ne pouvaient entrer à l'asile que « par internement d'office, ce dernier avait perdu de « sa véritable valeur. Il l'a recouvrée depuis qu'il est « possible de faire la discrimination nette et voulue « par la loi, entre les malades qui doivent être séques- « trés d'autorité en raison du danger qu'ils font cou- « rir aux personnes et aux propriétés et ceux — qui « sont la majorité — auxquels il convient de réserver « à l'établissement de traitement pour maladies menta- « les, les moyens de thérapeutique et d'assistance spé- « ciales. Ce faisant, on pourrait éviter l'internement « d'office d'enfants inoffensifs, de vieillards impotents « et d'arriérés, dont le placement à l'asile est tout au « plus justifié par admissions volontaires, faute d'au- « tres organismes d'assistance qui leur conviendraient. « Toutefois, par crainte d'éviter l'excès dans un sens, « il ne convient pas de tomber dans un excès diamé- « tralement opposé. La relation du cas suivant en sera « une preuve : Le 25 décembre 1925, un homme avait « été placé directement à l'asile par sa famille, aux « frais de cette dernière. Les interrogatoires des « parents ne m'avaient rien appris de particulier qui « puisse me mettre sur la voie de réactions antisociales « engendrées par le délire de persécution dont était « atteint l'aliéné. Celui-ci, toutefois, n'avait pas été « sans laisser entendre, pendant son séjour à l'asile, « qu'il avait, une fois, tiré un coup de fusil « pour « prouver à sa sœur qu'il n'était pas fou ». Le 9 « février 1926, la famille passant outre aux avis médi- « caux, avait retiré le malade, alléguant qu'il était « guéri et elle s'était indignée des questions réitérées « posées quant au coup de fusil ci-dessus indiqué. Le « 8 septembre 1926, le même aliéné était ramené par « les siens, en placement volontaire. Mais auparavant « il s'était passé chez lui des faits graves qui avaient « motivé l'intervention de la gendarmerie. Le 25 août,

©BIUM

« en effet, l'aliéné avait tiré un premier coup de fusil « dans son jardin ; le 26, dans la soirée et dans la « nuit, il avait lâché à nouveau trois autres coups de « feu dans la direction de l'habitation voisine ; le 27 « enfin, il avait visé la voisine et il avait tiré sur elle. « Le malade une fois arrêté et remis à l'autorité muni- « cipale, le procès-verbal adressé au Préfet apprenait « en outre que le 20 décembre 1925, l'aliéné avait été « appréhendé dans les mêmes conditions, pour mena- « ces de meurtre avec son fusil et qu'il avait été remis « à l'autorité municipale. Or cette dernière n'avait pris « aucune décision et avait laissé le soin à la famille « d'interner le malade, sans donner connaissance des « faits dangereux qui venaient de se passer ; et elle « avait agi de même lors de la seconde arrestation. « [Rapport de l'exercice 1926].

« Parmi les 175 admissions de l'année 1927, 38 pla- « cements volontaires d'indigents ont eu lieu, pour 45 « placements volontaires au compte des familles et 92 « placements d'office. Sur ces 38 placements : 1° 14 « concernent des hommes : 10 entièrement au compte « des communes et du département ; 1 avec quote-part « de frais au compte de la famille ; 1 au compte de « l'A. P. de la Nièvre et 2 au compte de l'A. P. de la « Seine. Deux placements de pensionnaires sur 12 ont « passé ensuite au tarif de l'indigence. Parmi les pla- « cements au compte des collectivités, l'un et un auto- « placement, l'autre a été transformé en placement « d'office (art. 21) ; les réactions antisociales que le « malade avait manifesté au dehors et qui étaient con- « nues de l'hôpital de Nevers où il avait été en obser- « vation, auraient dû inciter l'administration de cet « hôpital à réclamer le placement d'office. C'est là une « raison qui s'ajoute à bien d'autres pour prouver que « ces mises en observation ne sont d'aucune utilité « pratique. 2° 24 concernent des femmes : 7 entière- « rement au compte des communes et du département ; « 9 avec quote-part à la charge des familles ; 2 au « compte de la famille ; 1 au compte de l'A. P. de la « Nièvre et 2 au compte de l'A. P. de la Seine ; 3 au « compte de la Seine, alors qu'elles faisaient partie

©BIUM

« d'un transfèrement collectif, leur placement initial « ayant été volontaire. Sur les 33 malades placées « comme pensionnaires, 9 sont passées postérieurement « au tarif de l'indigence.

« Pour les placements d'office dont une bonne partie, « comme les années précédentes, aurait été justiciable « du placement volontaire, nous enregistrons : 1° 22 « entrées d'hommes et 14 entrées de femmes par arrêté « provisoire (art. 19) ; 2° par arrêté préfectoral (art. « 18) : 22 entrées d'hommes (dont 7 après mise en « observation à l'hôpital de Nevers ; 3 à la suite d'une « expertise médico-légale ; 9 par transfèrement) et 34 « entrées de femmes (dont 8 après mise en observation « à l'hôpital de Nevers et 24 par transfèrement). Les « mêmes remarques générales déjà formulées lors des « précédentes années, sont à retenir pour l'année écou- « lée, ce qui prouve que même avec des textes légis- « latifs ou administratifs, il est quelquefois nécessaire « de s'armer de patience pour arriver à des résultats « pratiques non sujets à la critique. »

En résumé, il est incontestable que la loi du 30 juin 1838, judicieusement appliquée, est une excellente mesure qu'il n'est pas urgent de révolutionner. Tous les efforts doivent tendre à faire généraliser l'application de l'art. 25 au bénéfice des indigents, non seulement dans les limites étroites du département, mais également en faveur des collectivités quelles qu'elles soient ; les exemples plus haut cités montrent que ce n'est pas un résultat impossible. Par contre, les placements d'office, strictement sériés, doivent être entourés de toutes les garanties voulues; des dispositions impératives devraient obliger les autorités requérantes à constituer un véritable dossier. On ne conçoit pas l'Autorité judiciaire — dans le domaine qui lui est propre — prononçant des sanctions pénales sur le vu d'une simple plainte. D'ailleurs

©BIUM

les promoteurs de l'intervention de la dite Autorité judiciaire dans le maintien des placements d'office, pensent-ils que les garanties réclamées, et que j'ai longuement rappelées, ne seront pas alors exigées ; nul doute qu'il s'agirait alors d'une véritable instruction d'un genre spécial.

Sous les réserves ci-dessus énoncées, le placement direct à l'asile, par utilisation des dispositions de l'article 19, reste un procédé qui offre des avantages. A moins de ressources hospitalières particulièrement aménagées, la mise en observation préalable dans un hôpital, est une mesure condamnable, qui n'offre aucune garantie légale alors qu'elle nuit à l'intérêt des malades.

L'auto-placement volontaire devient en pratique une amélioration de portée assez peu étendue; elle ne sert qu'à de rares malades, isolés dans la Société. La plupart du temps, soit une famille, soit des amis, sont le guide utile qui vient réconforter le malade et se substituer à lui pour prendre la décision de placement. Dans une bonne part des placements volontaires, j'ai enregistré l'assentiment voulu du psychopathe à son entrée à l'asile.

Je terminerai sur une question de détail envisagée par Demay : celle du transport des malades de son domicile à l'asile. J'estime personnellement que c'est là une initiative qui doit être laissée entièrement à la discrétion des familles ou des autorités. S'il s'agit de placements volontaires, la chose est naturelle. S'il s'agit de placements d'office, le procédé peut offrir de gros inconvénients pour un minimum d'avantages. Venir s'emparer, chez eux, d'aliénés protestataires, ne peut que les indisposer contre l'asile et leur confir-

©BIUM

mer les mauvaises interprétations qu'ils forgeront contre leur internement. Ces enlèvements à l'aveuglette, dans des milieux et à l'occasion de conditions inconnus du personnel, peuvent être générateurs d'incidents et d'accidents, alors que les autorités ou les familles ont les avantages de choisir le moment et les circonstances qui leur sont propices, pour opérer le convoiement. D'autre part, le code pénal est intangible : le personnel d'un asile n'est pas qualifié pour violer un domicile. Le plus qu'on puisse faire dans certaines circonstances exceptionnelles, c'est de se saisir de l'aliéné dans un local public ou officiel où il aura été amené (Mairie, hôpital).

BEAUSSART.

©BIUM

LA DÉMENCE

Par le prof. G.-J. TROCHINE

Professeur de Psychiatrie de l'Université de Kazan
(Expulsé de Russie, actuellement à Prague).

Plus de la moitié des cas de maladies mentales finissent par la ruine psychique ; dans les hôpitaux spéciaux, où s'accumule la démence d'origine différente, le chiffre de démentiels atteint jusqu'à 80 0/0. Théoriquement, la démence est très intimement liée avec la nature de la maladie mentale ; ni le changement de la personnalité — la définition favorite de la maladie mentale — ni le trouble de la conscience ne la caractérisent autant que la ruine psychique ; avec le plus grand droit, on peut définir la maladie mentale comme l'affection du cerveau qui mène à la dissolution psychique.

On étudie peu la démence malgré son importance pratique et théorique. On ne s'intéresse qu'à des variétés cliniques, à la démence schizophrénique, paralytique, épileptique, sénile, artério-scléreuse, etc. ; en ce qui concerne la théorie générale de la démence dans la psychiatrie contemporaine, il n'y a que deux avis.

Le premier appartient à *Esquirol* ; le premier, il a décrit la démence comme une déchéance habituelle, constante et chronique de la spontanéité intellectuelle survenant au milieu de symptômes variés et non nécessairement de troubles mentaux et établie après l'enfance. Comme il fallait s'y attendre, une telle interprétation de la démence est répandue dans la psychiatrie française (1).

(1) Toulouse et Mignard. — Comment caractériser et définir la démence. *Ann. med. psych.*, 1914.

Mignard. — Les variations de valeur d'activité mentale dans les états démentiels. *Encephale*, 1921.

©BIUM

L'autre conception de la démence est plus large : elle est analogue à celle de la cachexie dans les maladies somatiques, est plus proche du pronostic que du diagnostic et coïncide étroitement avec la conception de la maladie mentale en général. Le principal représentant de cette direction est *Kræpelin* ; elle est très acceptée en Allemagne.

Il y a encore la troisième méthode de conception générale de la démence, la méthode qui vient de paraître. Il est remarquable que l'anthropologie, domaine tout étranger à la psychiatrie en est l'origine ; voir le travail de *Lévy-Bruhl* (1) avec les données très nombreuses concernant la psychologie des représentants de la culture inférieure. En se basant sur les données de Lévy-Bruhl, *Storch* et *Damarus* donnent récemment (2) la caractéristique biologique de la démence ; leurs études ne concernent que la démence précoce, ce qui rétrécit considérablement la perspective. En Russie, en 1915 (3), j'utilisais les faits, donnés par Lévy-Bruhl, pour caractériser l'arriération psychique (idiotisme, imbécillité, débilité), c'est-à-dire le domaine très proche de la démence acquise.

Nous suivons la méthode biologique ci-dessus indiquée pour l'interprétation de la démence. Cette méthode, brièvement, est ainsi conçue : le psychisme humain apparaît comme le produit d'un développement long et compliqué. Ses racines se trouvent dans la profondeur inaccessible, dans les ancêtres animaux de l'homme ; c'est une région très compliquée, parce que les animaux sont très variés, en commençant par les primitifs avec leurs tropismes et en finissant par les supérieurs, qui s'approchent de l'homme. A part la psychologie animale, l'homme a sa propre histoire très ancienne : il a acquis beaucoup depuis la fin de l'épo-

(1) LEVY-BRUHL. — Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures, 1910.

(2) STORCH. — Uber die archaische Denken in der Schizophrenie. *Z. f. d. g. N. u. P.*, 78, 1922.

DAMARUS. — Uber prälogische Denken in der Schirophrenie, jb. 35 (Referate), 1924.

(3) TROCHINE. — La psychologie comparative des enfants normaux et anormaux. Vol I et II. Pétersbourg, 1915 (En russe).

©BIUM

que tertiaire jusqu'à présent. C'est impossible de rétablir tout à fait l'histoire de l'esprit humain, mais il y en a des restes et fragments ; en font partie : la psychologie de l'homme paléontologique, comme nous pouvons en juger d'après les restes pauvres ; la psychologie de la culture inférieure d'à-présent ; la psychologie enfantine suivant la loi d'ontogénèse et philogénèse ; enfin nous pouvons obtenir beaucoup en étudiant, d'après la méthode déterminée, notre psychique de tous les jours. Si la psychologie normale s'est développée par des étapes compliquées et de longue durée, sa ruine ne se produit pas d'une manière désorganisée et accidentelle, mais d'après un plan déterminé ; ce plan on peut l'appeler la loi de dissolution. Cette dernière, dans la pathologie mentale, apparaît comme la suite des degrés particuliers et très déterminés, par lesquels la ruine psychique passe. Ces degrés se trouvent dans tous les cas de démence, quelle que soit leur origine. Ces degrés sont les signes généraux de la démence ; auprès d'eux, il existe des particularités cliniques ; ces dernières ne coïncident pas avec les degrés et dépendent des moments étiologiques, qui se trouvent à la base des différents processus nosologiques finissant par la démence.

L'exposition qui va suivre comprendra successivement : la structure de la psychique normale, les degrés de la démence, ses variétés cliniques.

1. La structure de la psychique normale

Pour être mieux compris, on peut comparer la structure de la psychique avec la structure de l'écorce terrestre. De même que l'écorce terrestre comprend des couches qui se sont organisées pendant une immense quantité d'années et sont situées selon leur apparition, ainsi la psychique humaine se compose de degrés, qui se remplacent l'un l'autre, de stades qui se transforment l'un dans l'autre, de périodes qui succèdent l'une à l'autre, de couches qui se superposent l'une sur l'autre. Mieux vaut dire de couches : cela nous donne une analogie nouvelle avec la structure du système ner-

©BIUM

veux ; on peut indiquer exactement dans le cerveau le système des régions, dont chacune a été autrefois le centre de la vie psychique et puis a cédé sa place à une autre ; sans détails d'anatomie comparée, on peut distinguer au moins trois régions pareilles : la moelle avec la moelle allongée, les quadrijumeaux, l'écorce cérébrale.

Nous distinguons cinq couches psychiques : la couche des réflexes et instincts (bref, couche instinctive), la couche des fonctions primitives (couche primitive), la couche d'imitation et suggestion (couche miroitante), la couche des fonctions mécaniques (couche mécanique), la couche des fonctions supérieures (couche supérieure).

La couche réflexo-instinctive reçoit son titre de sa composition : elle consiste en réflexes et instincts. Nous comprenons le réflexe ordinairement comme le prototype que l'on trouve dans les profondeurs de la psychique. La limite entre le réflexe et l'instinct est très confuse : on peut séparer le réflexe simple (la contraction pupillaire) de l'instinct organisé (nid des oiseaux), mais pas de limite entre des réflexes compliqués (engloutir) et instincts simples (sucer) ; c'est pourquoi nous comprenons sous le nom d'instinct le même réflexe compliqué dans lequel après l'excitation suit, non pas un seul mouvement, mais toute une série de mouvements qui se continuent jusqu'au dernier but désigné par la nature (assouvissement de l'enfant, construction complète du nid). La conscience dans les instincts existe, elle ne manque pas dans les réflexes compliqués ; dans les réflexes simples elle est absente. L'origine des réflexes et instincts est tout à fait inconnue ; il suffit de dire, qu'il existe deux théories opposées : selon l'une, les mouvements volontaires produisent des réflexes et instincts ; selon l'autre, au contraire, les réflexes et instincts, après être devenus conscients, se transforment en réactions volontaires ; il est plus juste de s'avouer que les réflexes et instincts apparaissent simultanément avec la vie, c'est-à-dire dans la profondeur inaccessible pour nous. La question la plus intéressante est celle-ci : existe-t-il réelle-

©BIUM

ment un stade isolé dans lequel toutes les fonctions psychiques se bornent exclusivement à des réflexes et instincts ? C'est indiscutable chez les animaux inférieurs : nous connaissons de tels représentants de l'échelle zoologique, dont toute la psychophysiologie consiste en tropismes, c'est-à-dire en réflexes. Nous n'observons la correspondance de la psychique humaine à la période instinctive, que dans l'âge le plus tendre, du moment de naissance jusqu'à 4 mois ; tout ce qu'on peut observer en matière de psychique, chez les enfants à cette période, ne passe pas les limites des réflexes et instincts. En ce qui concerne le nombre des réflexes et instincts, il est suffisant pour garantir toutes les fonctions nécessaires pour la vie ; les réflexes et instincts se groupent : nutrition (engloutissement, excrétion), respiration (la toux, éternuement, baillement), mouvement (les réflexes tendineux et périostés), la peau (les pénomènes de défense), la vue et les autres organes des sens (clignotement, contraction pupillaire, rotation de la tête au bruit, etc.). Cette distribution a une grande importance théorique : elle satisfait tous les besoins vitaux nécessaires et démontre que la psychique en miniature, composée exclusivement de réflexes et instincts, a été autrefois et est possible à présent dans certaines conditions. L'avenir des réflexes et instincts dans la psychologie adulte et supérieure est connu : les réflexes, à des exceptions minimes (le signe de Babinski de l'âge enfantin), restent immuables ; les instincts reçoivent la nature volontaire avec la conscience claire et se transforment dans les fonctions supérieures, mais, malgré leur état altéré, on peut les reconnaître d'après les signes certains (quelquefois ils sont plus forts que la volonté elle-même). Nous parlerons plus tard de l'état des réflexes et instincts dans la démence, parce qu'ils représentent un degré isolé de la dissolution psychique. La localisation des réflexes et instincts ne passe pas les limites de la moelle et de l'oblonge ; l'archet de l'écorce cérébrale de quelques réflexes cutanés est encore en question. Le caractère général du psychisme dans le stade instinctif aboutit à deux principes : avant tout, l'absence absolue de la liberté psychique ; la psy-

©BIUM

chique libre, qui pourrait apparaître indépendamment des influences extérieures, manque ; les réflexes et instincts agissent autant, que les excitations extérieures les évoquent, et cette absence de liberté psychique est absolue, parce que le choix individuel y manque ; le réflexe apparaît indispensablement, si l'excitation est présente ; l'oiseau d'après son instinct fera le nid, même si le fond en est coupé, c'est-à-dire si la construction du nid est privée de but ; l'autre signe de la couche instinctive est le caractère particulier de l'adaptation : l'adaptation au milieu en général existe, mais elle s'accomplit physiologiquement, non pas psychiquement.

La couche primitive. — Les réflexes et instincts ne peuvent garantir la vie et la psychique que dans les profondeurs les plus inférieures, chez les animaux invertébrés et chez les enfants qui n'ont pas atteint quatre mois. Ils deviennent insuffisants avec le haussement de la psychique, il apparaît un nouveau groupe des fonctions qui se répandent sur tout le domaine de la psychique et forment la seconde couche. Ce sont les fonctions primitives ci-nommées. Pour être plus clair, mieux vaut commencer par leur description réelle. Les fonctions primitives se distribuent dans tous les domaines importants de la psychique pour en former de cette façon un certain mécanisme agissant et suffisant par soi-même, qui peut garantir la vie psychique au niveau isolé de son développement. Dans la région intellectuelle, les fonctions primitives sont : la reconnaissance dans le processus du jugement et de la mémoire ; l'image générique (*Ribot*) dans l'abstraction ; la perception de la pluralité dans le calcul ; le cri, le rire, les pleurs, l'acclamation dans la fonction expressive ; les mesures physiologiques dans l'utilisation de l'espace ; de pareilles mesures de temps ; le jeu avec son propre corps dans l'action créatrice ; pieds des mouches dans le dessin, etc. Il est impossible d'énumérer toutes les fonctions primitives, également, il serait trop long de décrire chacune d'elles ; nous allons parler seulement de la reconnaissance, de la perception de la pluralité et des phénomènes pri-

©BIUM

mitifs du langage. La reconnaissance existe non seulement chez l'homme, mais aussi chez les animaux ; elle apparaît chez l'enfant très tôt — dans un moment déterminé — après 4 mois, au cinquième, l'enfant commence à reconnaître la mère et la bonne ; la faculté de reconnaissance n'est ni imitée, ni apprise : on peut donner à l'enfant le matériel pour la reconnaissance, mais il est impossible de lui enseigner le processus lui-même ; la reconnaissance apparaît par l'éclosion de quelque chose de déjà prêt dans l'organisme. La perception de la pluralité se caractérise par les mêmes traits : les animaux distinguent le grand et le petit objet ; les obstacles, les grands et les petits, sont accessibles pour l'enfant de l'âge le plus tendre ; cette différence apparaît d'elle-même, sans nos explications. Les prototypes du langage : l'aboiement du chien, le hennissement du cheval, le balbutiement de l'enfant, le rire et les pleurs, ainsi que les autres mouvements expressifs ont les mêmes trois signes ; c'est pourquoi ils appartiennent indiscutablement aux fonctions primitives.

Dans le domaine émotionnel aux fonctions primitives appartiennent « les émotions primitives », décrites par Ribot : la peur, la colère, la joie, le chagrin, l'attachement, la vengeance ; il faut y ajouter beaucoup d'autres émotions : le sentiment d'habitude, l'étonnement, le rythme, etc. Il suffit de les faire passer à travers les trois signes déjà nommés pour se persuader qu'ils appartiennent aux fonctions primitives.

Pour finir avec l'énumération des fonctions primitives, il faut y joindre toute la somme des mouvements que l'enfant acquiert en commençant par la fixation du regard et en finissant par la marche.

De cette manière, les fonctions primitives représentent quelque chose de particulier ; elles se caractérisent par les trois signes : leur présence chez les animaux et chez l'homme, leur apparition précoce après les réflexes et instincts, leur indépendance de l'enseignement et de l'imitation ; elles naissent probablement des instincts, nous n'en connaissons pas l'autre source; la transformation de l'instinct en mouvement primitif

©BIUM

quelquefois est claire ; dans la plupart des cas, cette transformation se passe d'une manière inaccessible pour notre analyse. Les fonctions primitives sont très nombreuses, si nombreuses qu'en se distribuant sur toutes les régions psychiques elles forment un mécanisme isolé suffisant par soi-même.

La couche primitive de la psychique ainsi que l'instinctive correspond à des phénomènes certains dans la psychologie animale et enfantine. Dans le monde animal, à la couche primitive se conforment les animaux supérieurs vertébrés ; on peut représenter l'inventaire psychique de l'animal supérieur, le vérifier par les recherches expérimentales (*Thorndike, Kinnmann, Watson* et les autres auteurs américains), on peut y ajouter les expériences récentes (1) sur la psychique du singe — l'animal le plus parfait — et tout de même nous ne trouvons chez les animaux rien qui domine les fonctions primitives. Dans l'enfance, à la période primitive correspond l'âge de 4 mois à 18 mois ; les fonctions nombreuses qui apparaissent chez l'enfant à cet âge, ont toutes le caractère primitif et coïncident avec celles qui ont été nommées plus haut ; il n'y a aucune fonction supérieure ; il manque, entre autres, le langage vrai (il apparaît après 18 mois), le calcul, l'imitation vraie ; selon *Preyer,* l'enfant à cet âge n'est qu'un singe.

Les fonctions primitives ne disparaissent pas, certainement, dans la psychique adulte ; elles jouissent d'une immunité en se faisant un instrument de service, comme « actions sans médiation » ; en d'autres termes, elles reçoivent le caractère automatique d'habitude ; cela se voit le plus clairement dans la sphère du mouvement. Ces actions automatiques du regard, du marcher, de la statique ; les fonctions purement psy-

---

(1) THORNDIKE. — Animal intelligence. An experimental study of the associative process in animals. Series of monographe *supplements of Psychological Review*, 1898.

KINNMANN. — Mental Life of the Macacus Rhesus Monkey in captivity. *Amer, Jour. of Psychol.*, 1902.

KOHLER. — Intelligenz prüfungen an Menschenaffen. Berlin, 1921-1923.

©BIUM

chiques, la reconnaissance par exemple, agissent automatiquement aussi, comme un instrument inférieur.

Les fonctions primitives se localisent dans le mésocéphale et le diencéphale. Cette localisation est prouvée par les expériences célèbres de *Flourens*, le « Hund ohne Grosshirn » de *Goltz* et par les recherches nouvelles sur les animaux dont le neopallium a été enlevé (1). Tous ces travaux, avec une unanimité remarquable, démontrent que chez les animaux, après l'ablation des hémisphères, disparaissent plusieurs fonctions, la locomotion et une partie des réflexes y compris ; une partie des fonctions se rétablissent après un certain temps, l'autre partie reste irrévocablement perdue ; le rétablissement porte sur les fonctions primitives, les fonctions supérieures, qui appartiennent aux couches suivantes, sont définitivement perdues.

Le caractère général de la psychique dans la période primitive est changé comparativement avec l'instinctive ; dans cette dernière nous avons vu l'absence absolue de la liberté psychique ; dans le stade en question, la dépendance envers les influences extérieures reste, mais son caractère absolu disparaît : dans les fonctions primitives, il y a choix personnel et une certaine mutabilité contrairement à la constance parfaite des réflexes ; certes, la mutabilité est observée dans les limites très étroites, mais tout de même elle existe ; c'est pourquoi nous ne pouvons pas accepter dans la couche primitive l'absence absolue de la liberté psychique : la dépendance envers les influences extérieures est atténuée.

La couche d'imitation et de suggestion (*couche miroitante*). — Les couches instinctive et primitive ont le caractère animal, comme un héritage que l'homme reçoit des ancêtres animaux. La couche suivante commence la psychique humaine vraie. La couche nou-

---

(1) Drusser de Barenne. — Recherches expérimentales sur la fonction du système nerveux central, faites en particulier sur deux chats dont le neopallium a été enlevé. *Arch. néerlandaise de physiologie*, 4, 1919.

Ceni. — Cervello et functioni materne. *Sazzio de fisiol. e de psichol. comparate*. Torino, 1922.

©BIUM

velle coïncide avec l'apparition de fonctions particulières, dont il vaut mieux expliquer le caractère par un exemple. Supposons le bruit de l'eau qui tombe. Comment réagira un être qui ne possède que les fonctions instinctives et primitives ? Ou il s'enfuira de peur, ou il s'approchera en s'intéressant, c'est-à-dire fera apparaître les fonctions primitives, qui lui sont propres : la peur ou l'étonnement. Mais une autre réaction peut se produire : le bruit de l'eau peut cesser ou l'on peut s'en éloigner pour ne pas entendre, et tout de même l'animal peut penser au bruit hors de l'excitation auditive, s'en souvenir et répéter à l'aide des lèvres. Ce sera juste le moment de l'apparition des fonctions particulières, miroitantes, le moment, qui a l'importance immense, parce que c'est le commencement de la nouvelle période du développement, où la psychique animale se transforme dans celle de l'homme.

Les fonctions nouvelles, que nous appelons « miroitantes », sont très nombreuses. On peut en indiquer, pour exemple, quelques-unes plus simples, qui n'exigent pas d'interprétation détaillée :

Ce sont les mots-propositions ; elles apparaissent chez l'enfant au commencement du langage, s'expliquent par un mot : « Monsieur » — ce qui signifie selon les circonstances : « monsieur est venu », « monsieur s'en est allé », « j'ai peur de monsieur », etc. ; comme de tels jugements indicatifs transmettent sous une forme verbale ce que l'enfant voit, entend, sent, etc., il faut les reconnaître comme des jugements miroitants purs ;

le calcul, nommé concret-abstrait, appartient dans la région du nombre à la phase miroitante ; l'enfant ne peut calculer abstraitement, mais fait les manipulations arithmétiques sur des allumettes ; en d'autres termes, il miroite en terminologie du calcul la part quantitative des objets extérieurs ;

la différence entre les fonctions miroitantes et primitives est nettement vue dans le travail de la mémoire ; dans la phase primitive n'agit que la reconnaissance ; dans cette dernière il y a aussi la rémi-

©BIUM

niscence, mais particulière-immédiate, qui n'agit que dans le moment, quand l'objet est présent ; dans la phase miroitante la réminiscence perd son caractère immédiat et agit indépendamment de la présence ou de l'absence de l'objet extérieur ; c'est la réminiscence au vrai sens du mot ;

la fonction miroitante est évidente dans la sphère de la volonté : ici la faculté du miroitement coïncide avec l'imitation et la suggestion ; imiter c'est miroiter un modèle donné ; se soumettre à la suggestion c'est miroiter la volonté d'autrui.

De même que les couches précédentes, les fonctions miroitantes se distribuent sur tous les domaines de la psychique ; de cette manière elles produisent un mécanisme particulier, qui satisfait les besoins de l'époque déterminée du développement général. Pour nous, avec notre psychique compliquée, il est difficile de nous représenter un être, dont le miroitement (l'imitation et suggestion) serait le moment supérieur du fonctionnement psychique, mais on peut trouver des correspondances pour cette période.

Les animaux n'ont pas la couche miroitante, en d'autres termes, ils sont incapables de l'imitation et la suggestion. L'opinion ainsi exprimée est contredite par certains faits de la vie des animaux. Mais il faut avoir en vue que l'imitation elle-même peut avoir différents degrés : la corde du piano ondule en unisson avec un autre son dans la chambre — ce n'est pas l'imitation, mais la loi physique ; les pleurs d'un enfant peuvent provoquer les pleurs d'autre enfant — c'est le moment physiologique ; le perroquet peut répéter les paroles apprises, mais il ne dira jamais « bonjour » à son maître, comme le font les hommes, en miroitant les relations entre eux. Certainement, dans la nature, il n'y a pas de passages soudains ; par exemple, nous rencontrons chez les singes des allusions à l'imitation vraie, mais des allusions seulement, pas plus.

L'enfant a dans son développement une époque où la vraie imitation apparaît pour la première fois ; on peut observer cette époque approximativement vers 1 an et demi. Les formes inférieures de l'imitation

©BIUM

(physiologique et primitive) sont observées plus tôt ; à l'âge indiqué, l'imitation prend le caractère de la fonction miroitante, c'est-à-dire fonctionne indépendamment des influences extérieures, en utilisant des matériaux emmagasinés, des réminiscences ; il vaut mieux l'observer dans les jeux d'enfants — comme ils imitent le fumer, la lecture, etc. En commençant à 1 an 1/2, l'imitation vraie reste longtemps le maître principal de la psychique enfantine, jusqu'à 2 ans 1/2; en commençant cette année, elle est remplacée progressivement par les fonctions supérieures et perd son caractère prédominant dans la vie de l'enfant. Certainement, l'imitation, déjà développée, ne disparaît jamais ; dans l'âge adulte, elle se transforme dans le mécanisme de service, de même que les fonctions précédentes.

Les fonctions miroitantes (imitatives et suggestives) se localisent dans les hémisphères ; la localisation plus exacte est inconnue.

Le caractère général du psychisme avec l'apparition du miroitement s'altère : la sujétion de la psychique aux influences extérieures, qu'on observe dans les phases précédentes, disparaît ; la psychique s'émancipe de la dépendance immédiate du milieu ; mais la liberté psychique complète manque encore, parce que chaque imitation et suggestion dépend du modèle donné et de la volonté d'autrui ; c'est pourquoi la psychique de la couche miroitante doit être nommée comme semi-libre ou demi-dépendante.

La couche mécanique. — La phase suivante, la quatrième dans l'ordre, s'appelle mécanique, parce qu'elle consiste en fonctions mécaniques ou formelles. Chaque fonction, avant de devenir parfaite, passe par le stade intermédiaire, pendant lequel agit seulement le mécanisme formel, le contenu vrai manquant encore. Par exemple :

Nous préférons dans le penser les jugements qui expliquent les relations réelles entre les choses ; à côté d'eux, il existe d'autres jugements, corrects formellement, mais purement verbaux, sans contenu vrai, c'est pourquoi non persuasifs ;

©BIUM

Beaucoup d'hommes acquièrent les conceptions abstraites, mais verbalement ; ces hommes utilisent les conceptions : matière, essence, loi, etc., sans les fournir avec leur contenu juste ; c'est l'abstraction stérile ou mécanique ;

Le calcul dans son développement a une période, quand les chiffres et les manipulations arithmétiques ne s'acquièrent que par la mémoire et plus tard deviennent raisonnées ; chaque enfant passe à travers ce « calcul mécanique » ;

La phase mécanique existe aussi dans le domaine des émotions : on fait usage des mots élevés du bien, de la vérité, de la justice, sans avoir dans l'âme des émotions conformes réelles ; c'est la morale verbale ou mécanique ;

Nous estimons la langue, quand elle transmet exactement la pensée, et ne l'aimons pas, si c'est un bavardage, c'est-à-dire le langage mécanique ;

Dans la volonté la phase mécanique est représentée par les bonnes intentions sans exécution : *video meliora proboque, deteriora sequor.*

Les fonctions mécaniques sont très nombreuses ; elles peuvent exister dans chaque région ; nous les observons chez les hommes sains à fond ; dans la pathologie mentale, elles sont plus expressives ; dans la psychologie des animaux il n'y a rien qui pourrait correspondre à cette phase ; dans la psychologie enfantine lui correspond l'âge de 2 1/2-3 jusqu'à 6-7 années.

Ce dernier (l'âge préscolaire) mérite une considération plus large, parce qu'ici les particularités de la psychique mécanique se dévoilent. Nous avons en vue la mémoire et les questions de l'âge préscolaire. C'est connu que la mémoire de cet âge est très tenace ; les enfants fixent par leur mémoire des détails nombreux qui échappent à l'adulte ; la nature, en garantissant l'approvisionnement de notions pour l'avenir, donne à l'enfant la qualité de s'approprier les menus phénomènes environnants ; mais on ne doit pas oublier que c'est la mémoire mécanique pour les détails qui apparaît insuffisante, quand on exige de garder dans la mémoire un objet compliqué et acquis par un travail

©BIUM

actif et associatif. En ce qui concerne les questions des enfants, elles ont le même caractère : c'est une faculté très utile, parce que sans les questions le développement des enfants serait beaucoup plus faible ; les questions ne prouvent pas la faculté de comprendre (les enfants quelquefois n'écoutent pas des explications jusqu'à la fin), mais elles ne montrent que la fonction mécanique de demander perpétuellement ; c'est un exemple clair de l'attention mécanique, qui se répand sur tout, même sur l'incompréhensible, avec le but unique de perfectionner seulement le mécanisme de l'attention, pas le contenu.

Les hémisphères sont le siège de la couche mécanique ; on ne peut pas indiquer de localisation plus exacte, parce que les fonctions mécaniques sont une question peu élaborée.

Le caractère général du psychisme dans la phase en question possède des traits spéciaux ; au point de vue de l'activité psychique, les fonctions mécaniques sont émancipées de la sujétion immédiate aux influences extérieures : la dépendance absolue et la demi-dépendance des degrés précédents ont disparu ; la liberté psychique apparaît, mais encore formelle ; c'est la liberté de la machine, qui est délivrée des obstacles et ne crée pas de travail réel.

La couche supérieure peut être exposée brièvement, parce que son caractère est évident par suite de la comparaison avec les précédentes, particulièrement avec la couche mécanique. Elle comprend les fonctions vraiment supérieures : les jugements corrects par le contenu, non par la forme ; les conceptions abstraites parfaitement accomplies ; le langage comme système des conceptions, pas comme bavardage ; les émotions supérieures ; la volonté avec la plus grande résistance. Ces fonctions représentent la propriété spécifique de *homo sapiens ;* elles sont inexistantes chez les animaux; dans l'enfance elles ne font que se tracer ; pour l'adulte elles ne sont qu'un idéal, vers lequel l'homme s'approche ; la présence des fonctions supérieures est moins caractéristique que leur obtention. La psychique supérieure possède la vraie activité et la vraie liberté.

©BIUM

L'adoption s'y accomplit non pas physiologiquement comme dans les stades animaux, non pas passivement comme dans la psychique miroitante, non pas formellement comme dans la couche mécanique, mais par la lutte et la tension.

La structure de la psychique appartient aux questions, dont on peut dire beaucoup ; nous n'en dirons que le plus important ; plus loin dans la description de la démence nous exposerons quelques questions d'une manière plus détaillée. L'exposé précédent a eu pour le but principal de montrer qu'il y a une méthode particulière pour mesurer les phénomènes psychiques d'après le degré de leur développement.

2. Les degrés de la démence

Les signes de la démence se divisent en deux grands groupes : les généraux et les spéciaux. Les signes généraux, on les observe dans tous les cas de démence, quelle que soit leur origine ; les spéciaux dépendent du processus qui est à la base du cas isolé. Les signes spéciaux seront exposés plus bas, ici nous nous occuperons des signes généraux.

Ces derniers sont très nombreux et différents dans leur signification ; on peut les diviser en dissolutifs, formels et compensateurs.

Les signes dissolutifs dépendent de la ruine psychique et coïncident avec elle. Dans chaque couche psychique existent les fonctions isolées qui lui sont propres. La couche supérieure détruite, les fonctions propres à la couche suivante, plus basse, éclosent ; trouver ces fonctions inférieures, nouvellement apparues, c'est indiquer les signes de la dissolution ; on peut nommer aussi ces derniers : les signes de la déconstruction ou de la dégradation. Ils sont nécessaires ; leur présence détermine la démence.

Les signes déconstructifs se rencontrent quelquefois isolément ; quelquefois ils se combinent avec les autres, les signes formels de la démence. Sous ce nom, on comprend des changements dans la vitesse et la richesse

©BIUM

quantitative des processus psychiques. Le plus souvent les processus démentiels évoluent lentement et presque toujours deviennent pauvres, c'est-à-dire diminuent en nombre, se font plus rares. Les signes formels ne sont pas nécessaires ; ils ne créent pas la démence par eux-mêmes ; ils peuvent exister, comme modalité individuelle, chez les hommes normaux.

A part les altérations du temps des processus psychiques, dans la démence se rencontre souvent la compensation pathologique ; les fonctions inférieures après la disparition des fonctions supérieures, sur le terrain vidé, prennent une intensité extraordinaire ; par exemple, après la disparition des émotions supérieures, s'augmentent les émotions primitives : la peur, la colère, le sens sexuel. De cette manière apparaissent les signes compensateurs de la démence. Ils ne créent pas la démence par eux-mêmes. Il faut les différencier du symptôme similaire : la décharge des fonctions inférieures en présence de la suspension des supérieures ; ce dernier symptôme ne caractérise pas la démence, mais la dégénérescence : dans la démence il ne s'agit pas de la suspension, mais de la disparition des fonctions supérieures.

Les signes formels et compensateurs sont bien connus, c'est pourquoi nous les laisserons de côté ; nous nous bornerons ici à envisager les signes déconstructifs; ils correspondent à l'approfondissement de la dissolution psychique et déterminent quatre degrés de la démence : mécanique, miroitante (imitative), automatique, absolue.

La démence mécanique est la démence initiale la plus faible ; les fonctions formelles restent, la valeur intérieure de la vie psychique, qui consiste dans la lutte et l'adaptation au milieu, disparaît. Ce degré présente de grandes difficultés pour le diagnostic, surtout chez les non spécialistes ; l'interprétation méthodique rend ces signes clairs.

Les perceptions dans la démence initiale ne montrent pas d'altérations, au moins d'après la technique contemporaine ; la cause en est évidente : les perceptions (organes des sens) représentent un mécanisme très

©BIUM

ancien et solide, dont le travail ne cède pas à la dissolution psychique ou peut apparaître seulement dans les degrés les plus graves.

Les associations s'altèrent. Le type d'associations, dénommé plat, est caractéristique de la démence en question ; c'est la prédominance des associations persévérantes, syncrétiques et surtout nommées extérieures : sautantes, utilitaires, synonymiques ; auprès d'eux se rencontrent les associations normales (supérieures), mais la prédominance reste aux premières.

Le jugement donne des altérations plus perceptibles : le raisonnement pathologique est caractéristique pour la démence initiale. Nous voyons dans le raisonnement pathologique un exemple clair de la fonction mécanique : le mécanisme du jugement reste intact et fonctionne avec une certaine abondance, mais la valeur intérieure du jugement a disparu. La faculté du jugement mécanique dans certains cas est étonnante ; par exemple, le schizophrénique intelligent au stade initial de sa maladie peut donner la description irréprochable d'une image quelconque, irréprochable par la forme et même par le contenu, et simultanément le malade présente une incapacité fatale pour la vie réelle ; le jugement mécanique dans de pareils cas, assez fréquents, simule l'intégrité des facultés mentales.

La démence mécanique se caractérise par son abstraction singulière presque curieuse. Il faut y distinguer plusieurs cas différents. Avant tout, les malades utilisent les conceptions tout à fait verbalement, sans y mettre le contenu exigé ou les remplissant par un contenu imaginé ; de cette manière apparaissent les fétiches mentaux comme l'hypnotisme, l'électricité, Dieu, diable, loi, le bien général, etc., dans les systèmes paranoïdes. Dans d'autres cas, la terminologie abstraite habituelle ne suffit pas aux malades et ces derniers imaginent la leur ; par exemple, les malades créent leur propre langue — c'est un exemple vif de la fonction mécanique. On peut encore mentionner la symbolisation connue dans les périodes initiales de la maladie mentale : le malade ne comprend pas la différence entre le symbole, comme instrument de service, et l'essence ;

©BIUM

pour le malade le symbole a plus d'importance que l'essence elle-même ; cela indique la perte de l'abstraction vraie et la dégradation de cette dernière dans la phase mécanique. Il est remarquable que cette dégradation ne s'observe presque pas dans les conceptions du calcul grâce au caractère mécanique habituel de ce dernier.

L'induction, c'est-à-dire la connexion des pensées avec les faits et les relations causales, à la période de démence initiale, présente les altérations caractéristiques ; elle se transforme, de processus normal, objectif, large et libre, en penser égocentrique, étroit et empirique. De cette manière apparaît l'induction spécifique des états paranoïdes, quand les idées du malade se meuvent dans la région la plus étroite, s'opèrent sur des faits très empiriques et ne concernent que son propre bien-être. L'induction égocentrique, étroite et empirique, de la démence initiale a une grande ressemblance avec l'induction habituelle, de tous les jours ; mais il y a une différence importante : l'homme normal peut toujours approfondir son induction superficielle, c'est-à-dire qu'il passe à la couche supérieure de la psychique ; cela est impossible dans la démence mécanique, parce que la couche supérieure est déjà disparue. L'induction paranoïde ou mécanique ressemble plus encore au penser de la culture inférieure ; c'est le penser « prélogique » ou « archaïque », que Lévy-Brühl a indiqué le premier et qu'après lui d'autres auteurs utilisent pour l'explication de la démence précoce ; à notre avis, le penser prélogique ou archaïque s'observe non seulement dans la démence précoce, mais dans tous les cas de démence initiale ou mécanique, particulièrement quand elle est associée avec l'état paranoïde.

L'espace et le temps dans les conditions de la démence initiale ne s'altèrent pas, en d'autres termes, l'orientation reste intacte ; la cause en est la même que pour le calcul, c'est-à-dire le caractère mécanique de nos représentations habituelles du temps et de l'espace ; ordinairement le temps et l'espace ne sont pas des conceptions parfaites, mais des représentations générales, c'est pourquoi ils ne dépassent pas le niveau

©BIUM

intellectuel que nous observons dans la démence mécanique.

La mémoire au commencement de la dissolution psychique présente des altérations à peine perceptibles : la mémoire de reconnaissance est irréprochable, la mémoire de réminiscence intacte, la mémoire immédiate des phénomènes les plus proches sans altérations ; le seul déficit se trouve dans la mémoire du nouveau, du difficile et du non habituel ; mais l'absence de la mémoire du nouveau, on peut toujours la dissimuler par les manipulations mécaniques avec le matériel d'autrefois ; beaucoup d'hommes vivent sans acquérir de notions nouvelles ; c'est pourquoi il est difficile de remarquer le manque du nouveau dans la mémoire ; ce n'est que par une observation de longue durée qu'on peut en être sûr.

On peut dire la même chose de l'attention. Ses formes inférieures : l'attention dans le fonctionnement des perceptions ; l'attention associée avec les fonctions primitives, qui s'accomplissent automatiquement ; l'attention suggérée, c'est-à-dire sous l'influence d'autrui ; l'attention mécanique (passive d'après *Ribot*) pour les détails, tout cela existe et peut avoir l'air de l'attention totalement intacte ; il est difficile de constater l'attention supérieure, qu'on mesure par l'intensité pendant le travail difficile et désagréable. Quelquefois, on peut observer que l'attention du malade fonctionne comme le joujou ou comme la machine, dont le travail reste inutile ; dans ce cas il s'agit de l'attention mécanique.

Le langage dans la démence initiale peut être tout à fait normal extérieurement ; quant à son contenu, il présente des altérations, ces dernières coïncident avec celles que nous avons indiquées plus haut à propos des associations, jugements, abstractions, etc.

La volonté s'altère comme l'attention et la mémoire (attention et mémoire sont essentiellement les facultés volontaires), c'est-à-dire que les étapes inférieures de la volonté restent intactes ; le déficit apparaît dans la vie, qui exige la tension volontaire la plus forte ; certes, il y a ici beaucoup de nuances.

Nous devons encore mentionner une faculté ayant

©BIUM

aussi la nature volontaire et très caractéristique pour la démence initiale. Nous avons en vue l'action créatrice — la grande faculté qui prouve plus que toute autre si l'homme a perdu la vraie liaison avec la vie réelle ou s'il peut encore s'y adapter. Nous avons déjà mentionné les idées paranoïdes et nous y avons vu le penser archaïque ; en envisageant les idées paranoïdes au point de vue de l'action créatrice, nous n'y voyons rien que l'action mécanique, qui est hors de la vie et qui n'a aucune utilité pratique ; et tout de même c'est l'action créatrice, mais mécanique, qui est devenue possible, parce que la couche supérieure de la psychique a disparu, quand le mécanisme formel est resté intact. La démence mécanique ne s'accompagne pas toujours d'idées paranoïdes ; souvent elles manquent et alors nous sommes forcés de juger de l'action créatrice d'après les autres données. Ces dernières abondent : l'amour de l'ordre minutieux (v. la démence épileptique) ; l'occupation avec des bagatelles (feuilleter un livre sans lire, compter les tramways qui passent, etc.) ; les dessins avec ornements de toutes sortes ; les calculs préalables calligraphiés pour des voyages, des bâtiments et d'autres entreprises irréalisables ; les manuscrits parfois très longs et toujours ennuyeux ; les projets qui sont proches des idées de grandeur et qui ne représentent rien de sérieux. Quelquefois l'action créatrice mécanique indiquée ci-dessus s'exprime d'une manière éclatante ; *Bleuler* (1) a décrit de pareils cas sous le nom de démence relative ; à notre avis, c'est la démence initiale ordinaire décrite au point de vue de l'action créatrice mécanique.

Les altérations des émotions dans la démence initiale sont peu connues. Nous connaissons les émotions verbales qui ne correspondent pas à des mouvements émotionnels réels ; c'est certainement une fonction mécanique ; mais les émotions verbales s'observent souvent chez les hommes normaux, c'est pourquoi elles sont privées d'importance diagnostique ; des données plus exactes manquent encore. Il est indubitable que — en

(1) BLEULER. — Verhältnissblodsinn, *Allg. Z. f. Ps.* 71, 1914.

©BIUM

général — dans la démence initiale les émotions inférieures prévalent et se rencontrent très souvent.

La démence initiale la plus faible, nous l'appelons la démence mécanique. Ce terme convient tout à fait à la symptomatologie, parce que le type plat des associations, le raisonnement pathologique dans le jugement, l'abstraction verbale, l'induction archaïque, l'action créatrice futile, ne représentent que des fonctions mécaniques ; l'absence de mémoire du nouveau, de l'attention supérieure, de la tension la plus forte dans la volonté, des émotions supérieures, tout cela indique que les fonctions supérieures sont disparues. De cette manière la démence mécanique en ce qui concerne sa base biologique est due à la disparition de la couche psychique, la dernière dans le développement général ; les centres supérieurs, qui règlent la vie psychique et la dirigent vers le but biologiquement utile, sont morts ; les autres centres, plus inférieurs, restent encore ; en particulier, reste intacte la couche (quatrième dans l'ordre du développement) qui est destinée aux mécanismes formels du fonctionnement psychique ; cette couche apparaît au premier plan de la psychique et produit la démence mécanique.

La démence imitative ou miroitante. — La démence mécanique se dégrade progressivement dans le degré suivant, plus grave ; cette transformation exige un temps variable suivant la maladie, c'est-à-dire la rapidité du processus destructif. Le second degré de la démence dans sa composition complète contient la somme des signes distincts.

Les sensations et les perceptions restent encore dans le même état qu'au degré précédent : la dissolution psychique ne parvient pas à la fonction si solide des organes des sens. Le travail des sensations dans sa finesse, son exactitude et son activité présente de l'affaiblissement, mais la quantité n'est pas caractéristique, dépendant beaucoup de l'individualité.

Les associations conservent le type plat, le même que nous avons vu dans la démence mécanique, mais il s'y joint une nouvelle catégorie, les associations écholaliques ; ces dernières, avec les associations assonantes,

©BIUM

persévérantes et syncrétiques, commencent à prévaloir et produisent un « noyau » particulier des associations qu'on appelle associations écholaliques.

Les altérations du jugement sont plus graves et donnent deux symptômes connus : la persévération et la verbigération, un symptôme moins connu : l'uniformité des jugements, et encore un symptôme presque inconnu: « le penser semi-libre ». La persévération et la verbigération n'exigent pas d'explications ; il suffit d'indiquer que l'une et l'autre ne représentent que la répétition, c'est-à-dire le miroitement. L'uniformité des jugements consiste dans le remâchement réitéré de la même pensée de différentes manières, souvent dans les mêmes expressions ; l'uniformité ressemble au raisonnement pathologique, mais l'élément de la répétition lui donne un caractère spécifique ; c'est pourquoi nous rapportons l'uniformité des jugements non à la démence mécanique, mais au degré plus grave, au miroitement, en envisageant la répétition comme l'imitation de soi-même. La persévération, la verbigération et l'uniformité des jugements, on les observe chez les démentiels les plus actifs ; les malades passifs présentent l'autre symptôme de même nature, que nous avons nommé le penser semi-libre : laissé à lui-même, le malade ne parle pas, reste sans intérêt, garde son lit des semaines et des mois ; pas de négativisme parce que le malade est obéissant, ne résiste pas, répond aux questions ; mais il faut le questionner particulièrement : la proposition « dites quelque chose » ne provoque pas de réponse ou « je ne sais pas » ; il faut poser une question décisive, déterminée ; alors le malade donnera des réponses raisonnables, qui montrent le contenu intérieur. Comment peut-on expliquer ce phénomène ? Comme nous l'avons dit, le négativisme est absent ; il faut l'expliquer autrement : l'intellect du malade ne fonctionne pas spontanément, c'est-à-dire le malade ne pense que quand on l'y stimule ou force ; c'est le penser suggéré-imitatif, approprié au second degré de la démence qui est absent dans la phase précédente et dans la phase suivante de la dissolution psychique.

Les produits de l'abstraction dans le second degré de

©BIUM

la démence prennent un aspect particulier. Labstraction verbale, avec sa singularité caractéristique de la phase mécanique, disparaît ici ; de plus, disparaissent tout à fait les signes abstraits libres, que nous transmettons d'un objet à l'autre ; il ne reste que les représentations générales et les mots qui leur correspondent ; les représentations générales sont associées plus étroitement avec le contenu concret que les conceptions libres et ne travaillent que simultanément ou parallèlement au concret ; comme le concret n'est pas toujours présent et est limité par les circonstances voisines, il est naturel que le malade se taise et ne donne que des réponses stimulées et forcées, en d'autres termes le malade manifeste le penser semi-libre décrit plus haut. Le calcul persiste dans un meilleur état : cette fonction, pratiquement habituelle, peut se faire exclusivement aux frais des réminiscences ; c'est pourquoi les malades, dans le second degré de la démence, comptent assez bien, pas spontanément, certes, mais si on les y force.

L'induction dans le second degré s'altère de la manière suivante : les idées paranoïdes disparaissent ou s'affaiblissent jusqu'à des restes insignifiants ; c'est pourquoi l'induction archaïque perd son importance, à sa place, nous voyons le penser causal très particulier : extérieurement il ressemble à notre induction habituellement rétrécie, « la fenêtre est ouverte parce qu'il fait froid... parce qu'il fait du bruit... parce que c'est poussiéreux », etc., selon les circonstances ; les hommes normaux peuvent toujours approfondir leur induction rétrécie pour les buts pratiques ; c'est impossible pour les démentiels du second degré : leur induction reste toujours extra-utilitaire ; dans sa largeur, elle ne donne qu'une série de liaisons en deux membres ; au point de vue de l'activité, elle présente le caractère semi-dépendant, c'est-à-dire ne travaille que parallèlement aux influences extérieures.

L'espace et le temps, comparativement avec la phase précédente, n'offrent pas d'altérations significatives : les forces intellectuelles du second degré suffisent pour concevoir les conditions concrètes du temps et de l'espace ; c'est pourquoi l'orientation reste intacte.

©BIUM

La mémoire prend un aspect caractéristique ; ses variétés les plus inférieures — la mémoire de reconnaissance et la mémoire de réminiscence — restent intactes; il est possible, par des influences extérieures (interroger) de se rendre compte des matériaux emmagasinés ; c'est la mémoire latente qui est le signe caractéristique du second degré ; la mémoire supérieure du nouveau et du difficile est absente, parce qu'elle manquait déjà dans la démence mécanique ; en ce qui concerne le membre intermédiaire — la mémoire immédiate du prochain et du courant — les expérimentations donnent des résultats variés ; l'observation durable dans les conditions naturelles montre que la mémoire du courant est gravement diminuée dans le second stade de la démence.

Comme nous l'avons dit auparavant, la démence en question se caractérise par l'attention suggérée-imitative ; c'est évident dans le penser semi-libre.

L'action créatrice, comme fonction spontanée dans son essence, est impossible pour la psychique exclusivement ou principalement imitative ; c'est pourquoi les idées paranoïdes, liées à l'élément créateur, sont absentes ou s'atténuent ; l'action créatrice pratique, comme l'adaptation menue au milieu, est présente, mais elle ne suffit que pour s'assimiler au régime et pour le remplir ; c'est, dans l'acception large, l'action créatrice pratique suggérée-imitative.

Le langage, comme représentant général de la vie intellectuelle, se caractérise par ce que nous avons dit de l'association, l'abstraction, etc. ; d'après son signe prédominant c'est le langage latent.

Dans le domaine de la volonté, la démence du second degré offre trois symptômes connus, qui caractérisent clairement sa nature : l'échopraxie, l'écholalie et la stéréotypie. L'échopraxie et l'écholalie, dans leur nature psychologique, ne sont que l'imitation des autres, la stéréotypie est l'imitation de soi-même, comme la répétition de ses propres actions. Comme toujours, il n'y a pas des symptômes obligatoires : la démence du second degré peut exister sans échopraxie et stéréotypie ; dans des cas pareils, le degré de la dissolution de la volonté se marque par l'obéissance exagérée et par la soumission

©BIUM

légère ; dans certains cas (la paralysie générale) ces signes sont très expressifs.

Il est impossible encore d'indiquer les émotions spécifiques, qui caractérisent le second degré, parce que l'élément suggéré-imitatif ne peut avoir une grande importance dans la vie émotionnelle. Il importe de remarquer que les malades de ce degré, dans leurs mouvements émotionnels, ne sont pas indépendants : ils se regardent par les yeux d'autrui et se persuadent légèrement. En général, la vie émotionnelle est très pauvre et se limite aux émotions inférieures de la vie habituelle ; les émotions de parenté restent intactes, parce que la somme des réminiscences associées avec elles est suffisante encore.

Nous appelons le second degré de la démence, démence imitative, ou suggérée-imitative, ou miroitante. Ce nom est conforme à la symptomatologie et à la théorie. La suggestibilité et l'imitation de soi-même et des autres dominent toute la symptomatologie : le type écholalique des associations, l'uniformité des jugements, le travail semi-libre de l'abstraction et de l'induction, la verbigération, la persévération, l'écholalie dans le langage, l'échopraxie et la stéréotypie dans les mouvements. On voit clairement que dans les fonctions (qui se divisent nettement en couches) deux couches supérieures ont disparu : dans la mémoire rien de nouveau, peu de courant ; l'attention supérieure et la mécanique manquent. La couche des fonctions miroitantes apparaît comme le maître de la psychique.

La démence automatique. — La dissolution psychique grave attire très peu l'attention des aliénistes. Ces chroniques ne sont pas intéressantes. Elles sont l'objet de l'assistance plutôt que de l'étude. C'est pourquoi le troisième degré de la démence est peu connu, tandis que, théoriquement, il est aussi important que les précédents. Nous voyons, dans le troisième degré, les malades qui ressemblent aux machines animées : ils se couchent, se lèvent le matin, s'habillent, portent leurs habits régulièrement, mais ils peuvent s'en passer ; ils mangent, se servent de la cuiller et de la fourchette, mais peuvent manger avec les mains ; ils accomplissent les besoins

©BIUM

naturels ; ils se promènent avec les autres, en un mot ils accomplissent les fonctions inévitablement nécessaires ; l'autre vie psychique est absente ; c'est pourquoi leur existence est très uniforme : s'ils ne mangent pas, ils dorment ; s'ils ne dorment pas, ils restent dans un état monotone particulier ; ce dernier, selon les cas, apparaît comme indifférent et apathique, ou comme figé-négativistique, ou simplement immobile, ou agité ; l'agitation elle-même a un caractère monotone : c'est tantôt un jeu avec son propre corps, tantôt des mouvements de toutes sortes, tantôt le déchirement de petits objets, etc. Les malades ressemblent beaucoup aux animaux : c'est la même existence habituelle, monotone et ennuyeuse, ou bien l'inquiétude perpétuelle ; il vaut mieux les comparer à des automates, parce que les animaux montrent plus de vie.

L'analyse de cet état est difficile, parce que le langage est absent. On peut analyser seulement les fonctions prélinguistiques, c'est-à-dire telles modalités des fonctions ordinaires qui n'exigent pas de langage ; le nombre de ces modalités est grand, c'est pourquoi les résultats sont entièrement suffisants.

Les sensations existent encore : leur activité est minime, parce que les malades utilisent les organes des sens seulement pour les besoins inévitablement nécessaires.

Les associations sont très pauvres : d'après les actions des malades, on peut constater l'existence de liaisons entre le feu et la douleur, entre la demande et la réception, entre la permission et la possession, entre le refus et la privation, c'est-à-dire les associations par conséquence, mais très limitées seulement à deux membres ; il faut y joindre les chaînes d'actions — se lever, s'habiller, aller dans la salle à manger — comme associations aussi par conséquence ; les associations par voisinage se manifestent dans l'utilisation de la situation de la chambre, du corridor, du lit. Le signe caractéristique des associations énumérées c'est leur caractère prélinguistique ; elles sont entièrement possibles pour les animaux.

Les jugements dans le troisième stade sont peu nombreux ; voici leur énumération : les identifiants [la

©BIUM

connaissance des objets et leurs utilisation], les intuitifs [l'utilisation des relations de temps et d'espace, éviter les obstacles, suivre la direction], les non-différenciés [qui ne sont pas des jugements purement intellectuels mais coïncident avec les désirs et les actions]. Les trois groupes indiqués comprennent tous les jugements de la démence automatique ; d'après leur caractère, ils sont prélinguistiques et tout à fait animaux.

Les produits de l'abstraction ne surpassent pas les représentations individuelles des objets que le malade utilise, c'est-à-dire la quantité de l'abstraction est minime et coïncide avec celle des animaux [l'image générique d'après Ribot] ; les représentations générales ont disparu avec le langage ; elles n'existent que dans l'état latent, parce que les démentiels de ce degré peuvent comprendre la langue d'autrui. Le nombre est absent, il ne reste que la distinction de la pluralité [plus et moins] ; c'est le signe diagnostique très important, parce que le calcul a été conservé dans le degré précédent ; simultanément, avec la perte des réminiscences, commencent les fautes dans les manipulations arithmétiques, quand le calcul devient tout à fait impossible, on peut parler de la troisième phase de la démence.

L'induction prend l'aspect tout à fait animal et correspond aux associations et jugements possibles dans la phase donnée, c'est l'induction en deux membres qui constate une liaison entre deux faits (feu-douleur) seulement ; elle ne s'accomplit que quand les exigences physiologiques la nécessitent, c'est pourquoi l'induction de ce degré a le caractère ultra-utilitaire ; d'autres variétés de l'induction inférieure — archaïque et semi-libre — disparaissent vers ce temps.

L'espace et le temps sont utilisés tout à fait physiologiquement, c'est-à-dire pour se lever, marcher, éviter des obstacles avec une vitesse variée, etc., l'orientation, comme somme des processus intellectuels, est absente.

Les mémoires du nouveau, du courant, des réminiscences ont disparues ; il reste encore la mémoire de reconnaissance qui est possible pour les animaux ; la disparition successive des matériaux emmagasinés,

©BIUM

cest-à-dire des réminiscences, indique que le malade passe de la phase miroitante dans celle de la démence automatique.

Pour analyser le stade de l'attention, il faut constater si l'attention suggérée-imitative est possible pour le malade ou non ; la conversation avec le malade le montre : s'il donne aux questions des réponses raisonnables, l'attention suggérée-imitative est présente ; les malades, qui aux questions donnent les réponses suffisantes, mais — laissés à leurs propres forces — deviennent confus, ces malades se trouvent dans la période de transition du second degré au troisième ; dans la démence automatique complète existe seulement l'attention primitive, c'est-à-dire l'attention indissolublement liée avec les perceptions, la reconnaissance, les jugements primitifs, etc.

L'action créatrice de la troisième phase donne : le jeu avec son propre corps [les grimaces, les mouvements irréguliers des doigts], les manipulations avec des objets petits, le déchirement, d'autres manifestations manquent.

La volonté se caractérise par l'absence de l'imitation ; la soumission et l'obéissance exagérées, tellement claires dans le stade précédent, disparaissent ; certes, les automates se soumettent au régime, mais ce n'est pas de la suggestibilité, dans le sens du stade isolé, c'est tout simplement l'absence de la volonté ou l'imitation physiologique ou primitive, l'habitude, la même, qui force le cheval à transporter les fardeaux. Du côté positif, la volonté de la troisième phase se caractérise par la présence des mouvements volontaires primitifs, en commençant par la fixation du regard et en finissant par les fonctions compliquées locomotrices et statiques ; le trouble des dernières, c'est-à-dire l'apparition de la paralysie ou de l'ataxie, indique déjà la transition de la troisième phase à la quatrième.

La sphère émotionnelle de la démence automatique devrait théoriquement donner un nombre d'émotions assez considérable : la peur, la colère, la tristesse, la joie, la vengeance, l'attachement primitif, le sens sexuel et maternel ; les émotions énumérées se présentent non

©BIUM

seulement chez l'homme, mais aussi chez les animaux; chez l'enfant, elles apparaissent très tôt [certainement sans les deux dernières], en un mot, elles appartiennent aux émotions primitives, qui, en général, restent sans altérations dans la phase en question, comme toutes les fonctions primitives. Le tableau observé diffère des suppositions théoriques : la peur s'observe, mais comme frayeur ; la colère et la vengeance ne produisent que la batterie ; la tristesse et la joie ne se manifestent que comme réaction à l'agréable ou désagréable; l'attachement primitif s'observe, mais il est plus instable que chez les enfants ; le sens sexuel ne donne que l'onanisme. Ainsi, la troisième phase de la démence ne montre que des allusions aux émotions primitives, c'est pourquoi, en ce qui concerne la vie émotionnelle, les démentiels du troisième stade sont inférieurs aux animaux.

La troisième phase de la démence apparaît plus tard que les précédentes; au moment de son apparition, trois couches supérieures [la supérieure, la mécanique et la miroitante] sont mortes, aussi la couche primitive avec ses fonctions apparaît comme le maître de la vie psychique. Nous appelons la phase donnée démence automatique ; les fonctions primitives, qui composent son contenu psychique, s'accomplissent chez les hommes normaux par l'habitude, comme on dit « sans réflexion » ; elles conservent dans les conditions de la dissolution psychique le même caractère : de là, la comparaison des démentiels avec des automates.

La démence absolue. — La description du dernier stade de la dissolution psychique peut être plus concise, parce qu'ici le contenu psychique est presque absent.

La dissolution de ce degré parvient enfin à une fonction aussi solide que la sensation ; même ici l'altération ne consiste pas dans la disparition de l'organe lui-même et de la sensation elle-même ; certes, le processus peut tellement altérer l'organe que ce dernier ne pourrait pas donner de sensation, mais ce cas n'est qu'une complication et n'appartient pas à la genèse de

©BIUM

la démence au vrai sens du mot ; l'organe, dans la dissolution psychique complète, reste et, peut-être aperçoit quelque chose, mais la sensation perd tout contenu psychique ; comme résultat, on a les sensations nommées « immédiates », c'est-à-dire l'excitation stérile de l'organe sans nulle attraction de l'individu. Les sensations de cette sorte sont impossibles pour nous, peut-être existent-elles chez le nouveau-né, mais nous ne le savons pas, et probablement nous ne saurons jamais leur caractère décisif. Les sensations supérieures — l'ouïe et la vue — dans la démence absolue présentent les mêmes « sensations immédiates » ; les sensations inférieures [la douleur, etc.] diminuent, mais ne disparaissent pas complètement, si — certes — les complications accessoires manquent.

Les associations, dans la démence absolue, sont absentes. Tous les jugements ont disparu, même les non-différenciés, c'est-à-dire la plus simple division des phénomènes extérieurs en désirables et indifférents. Il n'y a rien à dire de l'abstraction et l'induction. L'espace et le temps manquent. La mémoire est privée de sa dernière étape, c'est-à-dire que le malade ne reconnaît pas des objets. L'attention physiologique liée au travail des sensations — le prototype et le germe de l'attention — a disparu avec l'élaboration psychique des sensations. Dans le langage, il ne reste rien que les bruits, souvent le mutisme absolu. Quelques restes existent encore dans la volonté : le malade engloutit, si on le nourrit avec la cuiller, c'est-à-dire qu'un des instincts est conservé ; il fait les mouvements du sucement, c'est un autre instinct ; il est gâteux, c'est-à-dire utilise l'instinct de l'excrétion dans sa forme primitive ; les autres instincts dsparaissent [le sexuel] ou diminuent gravement [l'expectoration des aliments] ; le cœur et les poumons travaillent encore, mais ces fonctions ne sont pas des instincts, mais des fonctions plus inférieures. Quelques réflexes restent [les réflexes cardiaques, le vomissement], la plupart des réflexes disparaissent avec la dégénérescence des liaisons centripètes, centrifuges et intercentrales de l'appareil réflexe.

©BIUM

Dans la sphère émotionnelle on ne peut parler que de la faim, de la soif, des sensations agréables et désagréables, c'est-à-dire des sens physiques ou instinctivo-physiologique. Il est difficile de constater l'existence de ces fonctions chez le démentiel absolu, par analogie avec les sensations supérieures [la vue, l'ouïe] on peut les nier ; d'un autre côté, on peut croire que les sens physiques ne disparaissent pas tout à fait parce que les sensations au point de vue de la conservation de la vie ne sont pas de la même importance; par exemple, la vue est moins nécessaire pour la vie que la douleur ; la satisfaction et l'apaisement ou quelque chose de semblable peuvent être observés pendant qu'on nourrit le paralytique général.

De cette manière, les réflexes-instincts restent comme représentants uniques de la vie dans la dernière phase de la dissolution psychique, c'est pourquoi on peut regarder la démence absolue comme une dégradation de la psychique dans la dernière couche, d'après la loi de dissolution, ou dans la première en ordre d'évolution.

(*A suivre*).

©BIUM

LETTRES D'ARGENTINE

(seconde)

Buenos-Aires, février 1928.

En l'absence actuelle de contrôle extérieur pour les établissements psychiatriques en Argentine, et donc à titre platonique, j'ai introduit, comme moyen d'assurer l'observation sans retard et permanente des malades, le *Diagnostic immédiat* ou provisoire, rédigé dans les 24 heures ; le *Diagnostic de quinzaine*, qui confirme ou rectifie le précédent et indique la fréquence des accès ou actes désordonnés ; l'*Annotation mensuelle* ; la *Note de sortie*. Ainsi quand le moment sera venu de légiférer, pour répondre au vœu unanime, et de sélectionner les diverses coutumes, on trouvera installée à l'*Instituto Open-door* la pratique française.

J'ai donné tous mes soins à la solution d'un problème ardu, auquel, à l'instigation d'Alix Joffroy, puis de Gilbert Ballet, je m'applique depuis longtemps : la confection d'une méthode générale et communicable pour l'*examen psychique* des malades mentaux. A force d'essais et de retouches, je puis dire que j'y suis arrivé. Ainsi, dans un établissement à mouvement intense, cette base de l'observation psychiatrique n'est plus abandonnée aux bonnes inspirations de quelques-uns et aux mauvaises inspirations de la plupart ; quel que soit le malade, et pourvu que le médecin soit exercé, on est à peu près assuré d'obtenir une enquête écrite honorable.

Il s'en faut que le protocole de l'examen psychique s'impose de lui-même, comme c'est le cas pour l'examen somatique. Car tandis que l'anatomo-physiologie fournit des directives évidentes, topographiques et fonctionnelles, au contraire la psychologie n'offre que des orientations abstraites, contestées, confuses.

©BIUM

Pour aborder cette position difficile par l'angle qui semblait le moins inaccessible, je me suis d'abord appliqué à chercher un plan d'examen limité aux déments. Vingt ans ont passé depuis lors, et maintenant je possède un protocole plus général, mieux adapté, éprouvé par la pratique. Les nécessités du service, les tours de garde, les tours de sortie, les traitements, les urgences ne permettent pas de faire des démonstrations devant tous les médecins réunis, il faut recourir à l'instruction individuelle. L'élève est réduit, pendant quelques examens, au rôle d'assistant muet et de secrétaire ; peu à peu, il devient capable, ayant sous les yeux le plan mnémotechnique, de pratiquer seul un bon examen. Voici ce plan, dans ses grandes lignes :

I. *Comportement :* désordres des actes, positifs et négatifs, qui nécessitent l'intervention du spécialiste ; commencer par une esquisse de l'évolution générale, insérer une analyse de la mimique, terminer par la présentation à l'examen.

II. *Inadaptation affective.*

III. *Inadaptation perceptive,* orientation, attention, illusions, hallucinations, contact avec l'ambiance matérielle.

IV. *Mémoire.*

V. *Langage et idéation.*

VI *Coordination et intégration personnelle,* dont les altérations ne vont pas toujours jusqu'à la dépersonnalisation, ou à la possession, ou au métabolisme, mais s'arrêtent souvent à l'obsession, à l'impulsion, à l'influence, à la prise de la pensée, à l'hallucination, et souvent aussi se drapent d'interprétations systématiques, véritables cache-misère.

VII. *Critique pratique* ou auto-conduction ; elle peut être gravement insuffisante alors que les joutes superficielles de la critique idéologique voudraient donner le change.

Conclusion : résumé des constatations recueillies, rapport avec l'état antérieur, incapacités.

REVAULT D'ALLONES.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 MARS 1928

Présidence de M. LEROY, Président

Mme Minkowska, MM. Vignaud, Codet, Collet, Targowla, Lautier, Abély, Sengès, membres correspondants, M. le Professeur S. Zwanenburg, de l'Université d'Utrecht (Hollande), assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le Dr Noël remerciant la Société de l'avoir élu membre associé étranger.

Rapport de candidature

M. BEAUDOUIN. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez chargé une Commission composée de MM. Roubinovitch, Raynier et Beaudouin de vous présenter un rapport sur la candidature du Docteur Lauzier, Médecin-Chef à l'Asile de Clermont (Oise), au titre de membre correspondant de notre Société. Ses différents travaux ont porté sur la neurologie, l'assistance psychiatrique et la médecine légale.

En neuro-psychiatrie, il profita de son séjour dans le service du Docteur Rayneau, à Fleury-les-Aubrais, pour étudier la valeur du métabolisme basal au cours des manifestations tardives de l'encéphalite. Ce travail était une préparation à la thèse de doctorat qu'il soutint en janvier 1924. Dans cette intéressante étude, il exposait les résultats de recherches méthodiques sur la valeur du métabolisme basal dans la plupart des maladies mentales. Malgré la difficulté de ces expé-

©BIUM

riences, faites souvent sur des malades peu dociles, il parvint à montrer que le taux du métabolisme était en règle générale augmenté chez les basedowiens et les anxieux, diminué chez les myxœdémateux, les paralytiques généraux avancés, les encéphalitiques.

En collaboration avec le Docteur Roubinovitch, il a fait ici-même une communication sur les divers traitements actuels de l'épilepsie ; il a étudié également les altérations du réflexe oculo-cardiaque dans la paralysie générale et le tabes, et a présenté l'observation d'un cas de signe d'Argyll unilatéral avec conservation du double réflexe consensuel.

En dehors de nombreux comptes rendus et analyses, M. Lauzier s'est intéressé à l'Administration et à l'Assistance. Son étude sur le calcul du prix de revient dans les asiles est une mise au point de cette question controversée.

En médecine légale, enfin, nous avons de lui, en collaboration avec MM. Duvoir et Piédelièvre, diverses publications, en particulier sur un cas de pendaison accidentelle, sur la détermination de l'âge des fœtus, sur le diagnostic post-mortem de l'ivresse, sur la loi des maladies professionnelles, sur la résistance des spermatozoïdes au lavage.

La liste de ces publications ne constitue pas les seuls titres de M. Lauzier : Externe des Hôpitaux en 1913, il fut nommé, dès son premier concours, interne titulaire des Hôpitaux de Paris au retour de la guerre. Outre ses services de médecine générale, il fut l'interne à Bicêtre de M. Roubinovitch et à Laënnec de M. Laignel-Lavastine. En même temps, il entra à la Faculté dans le laboratoire du Professeur Balthazard, dont il fut le préparateur pendant quelques années. Son internat terminé, il se présenta en 1924 au Concours du Médicat des Asiles, et il fut reçu le premier de sa promotion. Déjà membre correspondant de la Société de Médecine Légale de France, le Docteur Lauzier est un jeune médecin travailleur et plein d'avenir, et votre Commission vous propose à l'unanimité de l'admettre parmi nous, en attendant mieux, comme membre correspondant.

©BIUM

A la suite de ce rapport, M. le Dr Lauzier est élu membre correspondant de la Société médico-psychologique à l'unanimité des membres présents.

Recherches et considérations physiologiques sur l'Excitation psychique et la Démence précoce

par Daniel Santenoise (1)

Séquelles psycho-organiques d'encéphalite épidémique. — Evolution lente vers la guérison

par le Dr J. Lautier

(Asile d'Alençon)

Si, après tant d'observations publiées, et si diverses, de séquelles d'encéphalite, je viens en apporter une nouvelle, deux motifs me poussent à le faire.

Le premier et le plus important, c'est l'évolution lente vers une amélioration qui, pratiquement, équivaut à peu près aujourd'hui à une guérison. MM. Truelle et Petit, dans leur rapport au Congrès de Quimper, appellent l'E. E. une affection chronique « parfois progressive, rarement régressive ». Et ils écrivent plus loin : « En tout cas, il semble qu'il faille garder toutes réserves sur l'avenir des syndromes psychopathiques traînants ou résiduels signalés à la suite des périodes aiguës de l'E. E. ; peut-être ne sont-ils pas tous incurables et définitifs, mais la plupart de ceux observés actuellement, il faut le reconnaître, affectent une évolution chronique et se prolongent *sans atténuation ni amélioration notable depuis déjà plusieurs années.* » Or, ma malade se trouve, huit ans après le début de

(1) Cette communication paraîtra comme mémoire original dans les *Annales*.

©BIUM

l'encéphalite, dans un état satisfaisant et ses symptômes physiques et mentaux ont évolué spontanément dans le sens de l'amélioration.

Le second motif est la coexistence avec l'encéphalite de deux symptômes qui n'ont peut-être avec elle que des rapports de simultanéité : je veux parler d'un goitre érectile et d'une éruption d'herpès.

***

Mlle D. entre dans mon service, pour la première fois, le 28 septembre 1923, quatre jours avant l'expiration de sa vingtième année. Dans ses antécédents héréditaires, il n'y a à signaler qu'un fait : c'est que son père s'est suicidé à cause d'une douloureuse maladie. Elle-même n'a eu aucune affection sérieuse jusqu'à 16 ans. Quatre ans donc avant l'entrée, elle a été atteinte de ce que l'on appelle dans la région « la maladie du sommeil », c'est-à-dire d'une E. E. typique : elle a dormi pendant huit jours ; elle mangeait en sommeillant, se réveillait à peine pour répondre aux questions ; elle a eu des troubles oculaires, de la diplopie, de la fièvre. Il y avait eu, peu auparavant, un autre cas chez une jeune fille dont les parents tenaient un café où fréquentait habituellement un proche parent de la malade.

Après la période fébrile, la guérison ne se produisit pas. Pendant quatre ans, Mlle D. n'a cessé de présenter de l'hypersomnie diurne : elle s'endort n'importe où et même en travaillant. Par contre, il y a souvent de l'insomnie nocturne, avec légère agitation. Mais surtout son caractère a changé. Elle est devenue sujette à des accès de colère fréquents, impulsifs, violents. Elle s'irrite sans motif et sa volonté est tout à fait impuissante à dominer la colère. Elle frappe, brise des objets. Elle a blessé assez grièvement son frère en lui jetant un verre à la figure.

De plus, elle a présenté de véritables périodes de délire onirique. La plus prolongée s'est produite à l'hôpital de Flers où elle se trouvait avant sa venue à l'Asile. Pendant quinze jours, elle est restée éveillée toutes les nuits, assistant à un défilé d'hallucinations

©BIUM

visuelles, mobiles, cinématographiques, sans caractère terrifiant ni agréable en général. Elle voyait parler les personnages, mais aucun son ne parvenait à ses oreilles. Ces hallucinations n'étaient pas critiquées pendant leur production, mais la malade reconnaissait leur caractère morbide dès qu'elles cessaient.

Avant chaque période de délire orinique, elle avait une sorte d'aura visuelle, toujours la même, « quelque chose qui me fixe, disait-elle, et qui monte, qui monte. Je ne peux pas expliquer ce que c'est ».

Depuis son entrée à l'Asile, Mlle D. n'a eu aucune crise d'onirisme. Elle a d'ailleurs été toujours parfaitement consciente de son état pathologique, susceptible de s'analyser et de se décrire et n'a manifesté aucune idée délirante. Mais au début de son traitement, elle restait rarement 48 heures sans avoir une crise de colère.

L'examen de la malade montre l'absence de troubles moteurs caractérisés. Il y a seulement un aspect légèrement figé de la face. Les mouvements sont toujours faciles ; pas de viscosité motrice ; pas de signe de la roue dentée. La malade n'est donc ni parkinsonienne, ni akinétique. Cependant les réflexes tendineux des membres inférieurs sont complètement abolis des deux côtés. Le réflexe plantaire ne se fait nettement ni en flexion, ni en extension.

En second lieu, on remarque chez Mlle D. l'existence d'un goitre. Ce goitre s'est développé à la suite de l'encéphalite ; il n'existait pas auparavant. C'est un petit goitre ; il est érectile, et elle le sent se gonfler et s'animer de battements au moment où elle se met en colère. Il n'est accompagné d'aucun signe de basedowisme, ni exophtalmie, ni tremblement, ni tachycardie. Je n'ai jamais vu le pouls dépasser 76.

Les fonctions sensorielles sont troublées. La malade a parfois de la diplopie ; parfois des brouillards s'étendent devant sa vue pendant une dizaine de minutes. Il n'y a jamais de crises de fixité du regard (yeux au plafond, par exemple). Mlle D. a de l'hyperacousie ; elle a une cryesthésie extrême. Au plus fort de l'été, elle sent « des glaçons dans son dos ». Mais lorsque

©BIUM

le froid est réel, il n'est plus perçu comme tel. Elle ressent alors des piqûres « comme des aiguilles, dit-elle, ou comme si des milliers de puces me dévoraient ».

Une quinzaine de jours après son entrée, elle me montre une petite éruption herpétique, localisée à son jarret droit. Il y a trois grosses vésicules d'herpès, bientôt desséchées, qui se sont développées sans élévation thermique. La température n'a jamais dépassé 37°5.

A partir de ce moment, l'état de Mlle D., qui était traitée par l'hyoscine et le gardénal, est allé en s'améliorant rapidement. Le rythme du sommeil est redevenu normal ; l'onirisme n'a pas reparu ; les crises coléreuses ont été plus tenaces, mais elles se sont beaucoup espacées. Au moment de sa sortie, le 19 janvier 1924, elle n'en avait plus présenté aucune depuis près d'un mois. Les troubles de la vue et de la sensibilité s'étaient atténués. Son goitre ne battait plus et ne se gonflait plus ; le réflexe rotulien avait reparu à la jambe droite ; il était encore nul ou à peine perceptible à gauche.

Il n'y avait donc pas guérison, mais amélioration sensible. Et, en effet, Mlle D. est restée 3 ans chez elle et a même pu reprendre son métier de tisserande. Toutefois, si les colères étaient bien plus rares qu'auparavant, elles n'avaient pas disparu. La première se produisit trois jours après son retour chez elle. Ensuite elle en eut tous les mois ou tous les deux mois. Elles étaient beaucoup moins fortes qu'avant l'internement et la malade ne se livrait plus jamais à des actes nettement violents et dangereux. Ce qui se produisit le plus souvent, ce furent des actes impulsifs absurdes, mais inoffensifs. Parfois la malade faisait de petites fugues à l'intérieur de la ville ; d'autres fois, elle se mettait à chanter ou à gesticuler dans les rues et causait de petits scandales.

Sa famille pouvait la supporter ; comme nous le disons plus haut, elle gagnait sa vie. Mais, au mois de mars 1927, elle se fit renvoyer de son usine, ayant déchiré son carnet de paye au cours d'une colère. Alors sa famille redemanda son placement à l'Asile, employant cette mesure, en quelque sorte, en manière

©BIUM

de punition. En effet, elle avait observé que la malade devenait sensible à une correction de ce genre et que sa volonté prenait quelque empire sur les phénomènes impulsifs.

La malade se trouve donc dans mon service, pour la seconde fois, depuis un an environ, et va bientôt en sortir. Cette année, en effet, a été marquée par un progrès continu. Disons que nous n'avons observé ni délire, ni onirisme, presque plus de troubles sensoriels. Les actes impulsifs tels que : grimper aux murs ou aux arbres, se mettre à marcher en chantant, briser des carreaux, dégrader des plates-bandes de fleurs, etc..., ont petit à petit disparu. Les colères aussi. Depuis près de trois mois, il n'y en a pas eu une seule, bien que j'aie tâché d'en provoquer par des changements de quartier qui mécontentaient vivement la malade et qui déclenchaient autrefois une colère furieuse parfois d'une durée de plus de 24 heures. La résistance de la volonté à l'impulsion est devenue suffisante. La malade ne se laisse plus aller à la colère parce qu'elle sait que sa sortie est à ce prix (1).

Au point de vue physique, il y a deux choses à noter : la première, c'est que les réflexes tendineux ont complètement reparu et que le réflexe plantaire est normal. La seconde, c'est que le goitre a nettement régressé ; non seulement il n'est plus jamais en état de turgescence, mais même à l'état de calme, il est beaucoup plus petit qu'autrefois. Le cou paraît à peine empâté. Sa circonférence est inférieure de 4 cm. à celle qu'il avait il y a quatre ans.

La malade n'a subi aucun traitement anti-infectieux. Dans mon service, à chacun de ses deux séjours, elle a eu comme seul traitement médicamenteux de l'hyoscine et du gardénal. Chez elle, elle n'a reçu absolument aucun soin. Aussi je considère cette évolution lente vers la guérison comme spontanée.

---

(1) A peu près au moment où je faisais cette communication, il y a eu une petite colère avec fugue dans le jardin de l'Asile, provoquée par une lettre des parents de la malade. Ceux-ci refusaient de la retirer et lui conseillaient de rester quelque temps encore dans l'établissement pour achever sa guérison.

©BIUM

Quels sont les rapports de l'E. E. avec le goitre et avec l'éruption d'herpès ?

Pour le goitre, il est probable qu'il n'y a qu'un rapport de coexistence. L'Orne est un pays de goitre endémique ; les goitres y sont en général petits ou moyens. Ici, il faut noter cependant l'érectilité du goitre dans les crises coléreuses et sa régression au fur et à mesure de l'amélioration.

L'herpès est plus probablement une conséquence de l'encéphalite. On sait que l'on a mis en lumière la proche parenté des virus de l'E. E. et de l'herpès et que certains auteurs, Netter notamment, ont décrit des éruptions d'herpès au cours de l'encéphalite, à la face en général, lorsque, dans notre cas, on trouvait une localisation rare : au jarret. Quoi qu'il en soit, c'est de l'éruption d'herpès que date nettement le tout premier début de l'amélioration des symptômes nerveux et mentaux, comme si elle avait agi, en quelque sorte, comme une porte de sortie.

Cette observation me paraît montrer que certains cas d'E. E. ne sont pas aussi fatalement stationnaires et incurables qu'on serait, jusqu'ici, porté à le croire.

Discussion

M. Guiraud. — Si notre collègue Petit était présent, il s'élèverait certainement contre le titre de « séquelles » donné à cette communication. Les manifestations exposées sont, en réalité, les symptômes d'une maladie toujours en évolution, et non pas des séquelles ; il faut être prudent lorsqu'on parle d'une guérison dans l'encéphalite épidémique. Il s'agit sans doute ici d'une forme à rechutes, hypothèse qui paraît corroborée par la concomitance de l'herpès signalé. Ces deux maladies, qu'on a d'ailleurs voulu confondre, présentent des périodes de sommeil et de retour à l'activité. Beaucoup d'autres maladies des centres nerveux procèdent de même.

M. Lautier. — J'admets parfaitement la première critique de M. Guiraud, relative à mon titre. Je sais bien que l'E. E. est considérée comme une maladie

©BIUM

chronique et toujours en évolution ; si j'ai employé le mot de séquelles, c'est parce que, généralement admis, il me paraissait correspondre à des symptômes d'aussi longue durée et en voie d'amélioration.

Quant à la seconde critique, je répondrai que je présente mon cas non comme une guérison, mais comme une évolution lente vers la guérison. Je ne crois pas que dans les formes récidivantes, on ait souvent observé quatre années successives d'amélioration, sans aucun retour en arrière.

Evolution psychologique d'une schizophrène

par P. LELONG

(Service du Dr Trénel)

Qu'il nous soit permis d'oublier ici toute question concernant le substratum neuro-biologique pour nous tourner vers l'aspect strictement mental d'une schizophrène dont les phases psychologiques nous ont paru intéressantes. Au lieu de chercher à confirmer ou à ruiner quelque théorie, nous désirons envisager notre malade d'un point de vue essentiellement concret et particulier, en effleurant certains problèmes que soulève son cas.

Suzanne M., âgée de 35 ans, est une fille d'aspect assez original avec ses traits accentués, son regard un peu sauvage et sa chevelure ébouriffée, fièrement rejetée de côté. Rudoyée par sa mère alcoolique et ses trois sœurs à cause de son caractère difficile, elle eut une enfance triste et morose. On lui connaissait, en effet, une grande opiniâtreté qui voulait toujours avoir raison. Craignant d'être mal jugée, de paraître bête, Suzanne prit de bonne heure des habitudes de concentration sur elle-même et d'introspection. A 23 ans, elle quitte Dijon, sa ville natale, lassée du désaccord avec les siens, pour venir s'installer à Paris. Elle y mène une vie complètement solitaire et très régulière, ne sortant jamais, en dehors de son travail de couturière.

Suzanne souffrait depuis longtemps d'un sentiment d'infériorité, d'incapacité pragmatique et sociale. « J'étais,

©BIUM

dit-elle, une jeune fille qui n'avait pas vécu. Mon existence était celle d'une enfant. Je n'ai jamais pris contact avec personne. J'ai pleuré souvent vers 28-30 ans. Je voudrais faire ma vie comme les autres, comme mes sœurs. » Son frère la dit très changeante. Il devait lui fournir des ressources, car son travail manquait d'assiduité. Suzanne éprouvait « un grand désir de vie », aspirant au « naturel », mais était envahie de craintes et d'appréhensions lorsqu'il s'agissait de réaliser, surtout au point de vue sexuel. On la regardait beaucoup, bien qu'elle n'eût, affirme-t-elle, reçu aucune avance.

En 1925, à l'atelier de couture où elle est employée, elle éprouve une passion vive à l'égard de son patron dont elle se croit recherchée. Ce dernier ne se serait cependant exprimé que par des regards, en passant à côté d'elle, soi-disant pour surveiller son travail. Ses collègues lui multipliaient de malicieuses allusions. Enfin, très troublée, et se sentant indigne d'être la femme de son patron, elle quitte brusquement cette maison de couture, où elle avait travaillé deux mois. « Je ne voulais pas, dit-elle, manquer à mon rang, je n'ai pas l'habitude du monde. »

Dans la suite, le caractère de Suzanne s'assombrit, s'attriste, elle s'alimente mal, devient irritable, énervée. Elle travaille plus irrégulièrement et finit par se placer comme domestique.

Peu à peu, il y a un an environ, notre malade élabore tout un délire de persécution et d'influence. Les manœuvres sont dirigées par d'anciens conseilleurs, ses propriétaires, qui autrefois l'exhortaient à se distraire et l'engageaient à se marier. Dans son délire, leur unique but consiste à l'amener par contrainte où ils veulent, « à forcer son intimité et ses sentiments ». « Ils se servent de conversations passées pour me suggérer de l'amour. Ils ne rêvent que cela. C'est une obsession sur moi. » Elle s'imagine qu'ils complotent de la faire entrer dans une maison de passe avec laquelle le propriétaire s'est enrichi.

Interprétations multiples : elle comprend les façons de faire, regards fixes, signaux par les fenêtres, rideaux noirs tendus pour rappeler sa neurasthénie, déguisements des passants.

Hallucinations, ou du moins, illusions sensorielles : des voisins s'en mêlent, ils envoient des quolibets d'une fenêtre à l'autre. « Hein ! c'est parce qu'elle n'a pas charmé qu'elle ne veut plus. » Hallucinations psychiques. Transmissions de pensée sous forme de devinement (Heuyer). « Si elle vit seule c'est qu'elle veut bien ; il faudra bien que l'amour la

©BIUM

travaille. » Ces phrases toutes faites, véritablement automatiques, lui viennent à l'esprit à l'occasion de faits banaux. Ainsi, aperçevant le voisin sommairement vêtu, immédiatement celui-ci lui envoie : « Au moins elle aura vu un homme en chemise. » Portant du lait, on lui suggère qu'elle n'est « bonne qu'à téter ». Une autre fois, dans la rue : « N'importe qui lui sera bon, même cet homme en casquette. » Il ne s'agit pas ici de simples interprétations, mais d'un langage tout construit et extériorisé que la malade cite textuellement.

Hallucinations génitales très pénibles depuis quelques mois.

Extension des idées d'influence. On la fait agir, sortir, alors qu'elle ne voulait pas. On lui provoque des cauchemars, on lui rappelle son passé. Ce voisin est très fort, il manie du fluide, travaille son cerveau, lui aliène toute sa liberté. « Il me forçait à trouver tous les hommes beaux. » « On suit ma vie mot à mot, on pense tous mes actes, toutes mes pensées », non par l'oreille, mais par intuition et transmission immédiate dans la tête. « On me donnait des responsabilités qui étaient des forces. »

La malade proteste contre cette emprise sur ses sentiments et sur sa vie. « Je veux éprouver *seule* mes souffrances et mes joies, je n'entends pas qu'on se mêle de mon cœur. » Se sentant faible devant cette puissance, elle se raidissait contre les suggestions, se défendait par l'inaction. Accès d'excitation (cris, bris d'objets), ou de désespoir : elle a essayé de se pendre ou de s'asphyxier en juillet dernier « pour s'affranchir de ces gens qui lui pourchassent le moral ». Pour n'être pas dominée dans ses sentiments, Suzanne explique qu'elle a renoncé à son désir d'épanchement, qu'elle a « tué sa vie », qu'elle s'est « anéantie complètement ». C'est un stéréotype : « J'ai anéanti ma vie croyant ne pas pouvoir arriver à partager ma vie. » Elle regrette son activité sentimentale et se désole d'être devenue indifférente. « Après une grande passion, aujourd'hui, je n'ai plus de sentiment. » Elle voudrait refaire sa vie, il est trop tard, car elle a « tué son état de vie », afin qu'on ne s'en mêle pas. Elle défendait ainsi son intimité mentale contre l'intrusion étrangère de l'automatisme. Par une illusion justificatrice de libre-arbitre, Suzanne croit avoir créé volontairement ces états du moi. Elle exprime plutôt la perte progressive du pouvoir de vibration affective ; l'incapacité de sentiment adéquat lui semble augmenter à mesure qu'elle lutte, ce qui accentue, en effet, sa désagrégation intérieure.

©BIUM

Cette malade, entrée le 31 août 1927 à l'Hôpital Henri-Rousselle, présente le comportement d'une schizophrène : bizarreries, ambivalence, alternatives de colères impulsives et de longs séjours au lit. Elle exige des soins médicaux, puis les refuse parce que sa tête travaille trop (déductions inattendues). Remarquables modifications du langage, souvent énigmatique, sens subjectif (base sexuelle) de certains mots, stéréotypies fréquentes, verbalisme mal adéquat. Voici des exemples : « J'avais des projets en tête, je n'en ai plus..., avoir anéanti mes projets comme cela !... mais pourquoi a-t-on touché à mon état de vie ? J'aime avoir des *tracas*, partager des *tracas*..., on me retire tous mes projets..., qu'on me laisse donc à mon naturel..., je veux retrouver mon naturel. » Tantôt, Suzanne éclate de rire, tantôt elle prend un air résigné : « Je ne veux plus rien, je suis sous votre pouvoir. » Puis se révolte : « Assez de sous-entendus..., je ne veux pas... » (allusion sexuelle). Erotisme à fleur de peau : au moindre geste, elle pense qu'on la courtise.

Il faut noter la remarquable conscience de son état et l'analyse fine de ses impressions qui a persisté chez cette habituée de l'introspection à travers son langage déjà très discordant. Elle se sent changée, douloureusement. Sa tête est vide. Asthénie profonde. Elle se plaint de vivre superficiellement, mais attribue à l'entourage une grande part dans ces impressions. En passant, certaines personnes lui retournent le cerveau. Le personnel la provoque par gestes.

Durant les deux mois du séjour à Henri-Rousselle, l'autisme s'approfondit, progresse. Les propos paraissent souvent assez incohérents, décousus, les réactions imprévisibles (accès de chants, bris d'objets). La malade reste des journées inerte et indifférente en apparence ; souvent opposition. D'autre part, le délire d'influence antérieurement décrit a cessé de s'étendre et semble ne plus exister qu'à l'état de souvenir. Suzanne l'admet à peine lorsqu'on lui en parle et n'y fait spontanément aucune allusion. En novembre, elle nie toute idée d'influence actuelle et passée. Sa lucidité, sa mémoire sont parfaites. Elle trouve atroce de rester toujours couchée. Il lui semble qu'elle est perdue.

Nous la retrouvons en janvier dernier dans le service du Dr Trénel, entièrement dominée par un érotisme morbide. Elle manifeste pour l'un des médecins un désir passionnel irréductible avec une tendance réalisatrice impatiente et constante. Toutes ses forces sont orientées de ce côté. Fréquemment, elle quitte son lit le jour ou la nuit, pour aller onaniser ses voisines, notamment l'une d'elles qui est

©BIUM

légèrement barbue. Aucune exhortation n'a de prise sur elle. La malade manifeste un absolu dédain pour toute considération de convenance, de moralité, etc. Paroles obscènes et gestes provoquants sans la moindre retenue. Au contraire par certaines réponses, elle tend à défendre et justifier sa façon de faire : « C'est la passion », dit-elle. Lorsqu'on la gourmande, elle affirme ses droits : « parce que cela me plaît », ou « on peut bien essayer ». Il s'agit d'une idée fixe, parfaitement consciente et volontaire. Parfois, elle minaude, rougit lorsqu'on l'approche, se plaint qu'on la quitte. D'autres fois, elle jette son assiette dans un accès de colère : « Ce n'est pas pour vous que je suis ici. » Interprète tout dans le sens de son érotisme. Si on la baigne, c'est pour l'enlaidir en mouillant ses cheveux ; elle pense qu'on parle aux autres malades dans le but de la taquiner. Allusions à des mots obscènes dans les noms de ses voisines. Si l'on refuse de la satisfaire, elle n'en conclut qu'une chose, c'est qu'on est dépourvu d'organe viril...

Masque farouche, œil fixe, comme prête à bondir. Excitation génitale réelle : masturbation deux ou trois fois par jour. Elle s'alimente irrégulièrement et sans goût, ne demande jamais à sortir, au contraire. Elle sait son âge, son adresse, le nom des médecins. On obtient quelques réponses adéquates en insistant, d'ordinaire de simples monosyllabes choisies au hasard et débitées sur un ton vague et lointain. Les contradictions, l'ambivalence sont très remarquables. Sur l'orientation, la date, on observe l'absence totale d'intérêt. Elle répond au hasard : janvier 1910 ou 1916 ou 1927. Peut-être Suzanne présente-t-elle une atteinte du sens de la durée. Interrogée sur l'ancien patron dont elle fut amoureuse, elle ne fournit plus que des réponses négatives (discordance, oubli ou réticence ?) Au cours d'un récent entretien, on observe une curieuse réaction tout à fait fortuite : la malade s'aperçevant dans un miroir se met brusquement à sangloter disant se trouver changée. Elle répète plusieurs fois : « Qu'est-ce que j'ai fait pour qu'on me fasse voir dans cette glace ? » Depuis deux mois, l'état de Suzanne n'a pas varié ; tous les jours elle cherche des satisfactions érotiques. Cependant, ses impulsions semblent peu à peu moins nuancées, en voie de stéréotypie et d'automatisation. Pas d'autres mouvements stéréotypés. Pas de persévération des attitudes, pas d'échomimie, ni d'échopraxie, ni maniérisme, ni suggestibilité morbide. Négativisme ou plutôt opposition. Lorsqu'on veut la faire écrire à sa mère, elle manifeste une indifférence totale, écrit de mauvaise grâce, sans se donner la peine de

former les lettres. La mimique est bien adéquate, exprimant souvent l'impatience ou le dépit, parfois des lueurs d'espoir lorsqu'on passe à côté d'elle. Elle sourit alors et marmotte quelques mots.

Réactions vaso-motrices vives. Dysménorrhée depuis plusieurs mois.

Réflexes vifs, pupilles normales.

Wass. négatif dans le sang.

Rien de particulier dans ses antécédents.

Commentaires

Une vue panoramique sur l'évolution psychologique de notre malade permet d'y découvrir les quatre phases suivantes :

1° Sa jeunesse solitaire.

2° Il y a deux ans, un petit syndrome érotomaniaque ébauché et avorté.

3° Début de dissociation psychique avec automatisme délirant, et thème de persécution érotique.

4° La dissociation autistique est profonde. Impulsion sexuelle constante et irréductible.

Il est évident que les tendances génésiques dominent tout cet ensemble. Nous assisterons à l'histoire du conflit entre un instinct puissant qui cherche à se dépenser dans le milieu extérieur et une organisation psychique déficiente au point de vue pragmatique. Reprenons, en effet, ces quatre périodes en essayant de les comprendre.

I. — Dans la première se pose la question des rapports entre schizoïdie et psychasthénie. Voici comment MM. Claude, Borel et Robin (1) font la différenciation : Le psychasthénique « n'agit pas parce qu'il ne le peut pas ; le schizoïde n'agit pas parce qu'il ne veut pas agir ». Le professeur Claude, dans son rapport, au Congrès de Genève (1926), reprend les termes de P. Janet en disant que « le premier a perdu la fonction du réel, l'autre a perdu la notion du réel ». Pour le schizoïde, explique-t-il plus loin, « la vie intérieure

(1) Claude, Borel et Robin. — La constitution Schizoïde. *Enc.*, avril 1924.

©BIUM

est délibérément préférée ». C'est la conservation de l'auto-critique chez le psychasthénique qui doit faire la distinction pour le professeur Claude (*loc. cit.*, p. 34).

Notre observation montre cependant combien ces deux manifestations éthologiques sont proches et intriquées : Suzanne tantôt se concentre en elle-même et se complaît dans son repliement, tantôt en souffre. Elle se dit très délicate en matière de sensibilité et préfère la solitude aux amitiés douteuses. Notre malade est remarquable par ses aptitudes à l'auto-analyse et par la perception lucide de son infériorité à vivre (d'où crises de dépression et d'anxiété). C'est en quoi elle se rapproche beaucoup d'une psychasthénique. La conscience de son état persistera jusqu'à la veille de la quatrième phase.

Que l'autisme soit subi ou préféré, il est à croire que ces malades ne peuvent se comporter autrement. A la base de cette disposition, on retrouve toujours l'insuffisance pragmatique ; que celle-ci soit consciente ou non, douloureuse ou euphorique, ce semble assez contingent. J. Vinchon (1) a pu concilier les deux notions de schizoïdie et psychasthénie, en montrant que l'asthénie existe souvent à titre primitif, puis entraîne une incapacité d'adaptation sociale, une fragilité spéciale aux heurts de la sensibilité, d'où le repliement sur soi-même par une sorte de dérivation vers le moindre effort.

Une belle observation de Minkowski (2) montre très bien le rapport entre ces deux dispositions : il s'agit, comme le nôtre, d'un cas mixte, avec conscience de l'état morbide.

La psychasthénie et la schizoïdie représentent peut-être deux stades du progrès dans la dissociation, de même qu'on a observé les passages entre l'automatisme obsessionnel (accompagné de conscience et d'anxiété) et l'automatisme hallucinatoire. Dans les

(1) Vinchon. — Asthénie et Schizophrénie. *Fr. Méd. Fr.*, septembre 1927.

(2) Minkowski. — Les Schizophrènes peints par eux-mêmes. *La Médecine*, février 1924.

©BIUM

processus intenses, on conçoit que le deuxième degré (la schizoïdie) puisse être atteint d'emblée avec l'inconscience et l'anesthésie mentale propres à la schizophrénie.

Suzanne, aux prises avec ses aspirations, normales en soi (contrairement à l'habitude des schizophrènes, sexuellement froids et infantiles), se rend compte et souffre du défaut *d'épanouissement de sa personnalité* (Minkowski) (1).

On pourrait d'autre part chercher le rôle d'une constitution paranoïaque chez Suzanne, en raison de son caractère entier, susceptible. Cette note existe, mais il n'y a pas de réelle agressivité. Devant les froissements et l'incompréhension de l'entourage, sa tendance est la fuite.

Peut-on parler de trois constitutions associées ? Il n'y a plutôt qu'une constitution complexe, comme dans tous les cas particuliers.

Jusqu'à 32 ou 33 ans, Suzanne était arrivée à se construire un équilibre mental assez factice, en faisant un minimum de place aux relations avec l'ambiance.

II. — Dans la deuxième phase, les tendances sexuelles qui, jusque-là, s'étaient montrées peu exigeantes, livrent leur assaut à la conscience de notre malade. Tout de suite l'équilibre se rompt et les manifestations morbides se produisent. Il est impossible de ne pas qualifier ainsi la tendance érotomaniaque qui résulte de leur poussée. Déjà la conscience montre son incapacité à exprimer les instincts normaux autrement que d'une façon délirante et l'impossibilité pour Suzanne d'un amour socialement adapté. En effet, elle se croit aimée par son patron jusqu'à quitter sa place et elle n'a d'autres preuves que des regards ! Elle interprète d'ailleurs sur ce thème les allures, sourires et paroles de ses collègues.

Quelle est la cause de cette brusque rupture avec un sentiment qui prenait sur elle trop de pouvoir ? On ne peut invoquer la censure des principes moraux, puisque la malade n'ayant jamais pensé que l'amoureux la

(1) E. MINKOWSKI. — *La Schizophrénie*. Payot, 1927.

©BIUM

désirait autrement qu'en vue du mariage, a donné de son départ soudain une apparence de raison légitime : une question de rang social l'empêchait d'épouser son patron. Il semble bien qu'il faille incriminer plutôt son éternelle insuffisance pragmatique dont elle a conscience. Son petit équilibre intérieur avec le cercle d'habitudes restreintes qui représentait pour elle l'idée de son moi, se trouve tout à coup perturbé, bouleversé par ce qu'elle appelle cette « passion folle ». Elle n'aurait osé s'exposer à un aveu. Elle s'enfuit devant ses craintes, son sentiment d'incapacité, pour essayer de se reconstituer un autisme tranquille, une vie retirée du monde en plein Paris.

Mais le jeu de l'oubli volontaire ne fonctionne pas, elle s'enfonce dans l'inquiétude, les préoccupations obsédantes et les regrets. L'instinct non satisfait continue son œuvre de dévastation intérieure.

Remarquons le caractère en soi normal de cet érotisme. Hesnard et Laforgue (1) décrivent, chez les schizophrènes, les trois périodes d'arriération, d'intériorisation et de démence affectives. Nous ne voyons pas quel intérêt présenterait ici la recherche de complexes d'Œdipe infantiles ; il n'y a pas de narcissisme ni de fixation des instincts à des stades primitifs. La masturbation de la quatrième phase sera purement compensatrice.

Enfin les tendances sexuelles tout le long de l'évolution que nous décrivons se sont montrées parfaitement conscientes. Il est permis néanmoins de leur attribuer un rôle pathogène, d'ailleurs purement occasionnel. Le facteur vraiment anormal, c'est le déficit pragmatique.

III. — Nous arrivons ici à la période du délire d'influence et nous touchons au difficile problème de l'automatisme. Il semble que Suzanne, après quelques mois d'inquiétude, soit sortie plus désagrégée de ce travail d'intériorisation affective, et apte à l'automatisme et aux phénomènes d'influence.

Ici plusieurs théories se trouvent en présence ; nous

(1) Hesnard et Laforgue. — Conception psychanalytique ou instinctiviste de la Schizophrénie. *Congr. de Genève*, 1926.

©BIUM

ne les détaillerons pas, afin de ne pas sortir du cadre de cette communication.

Dans l'ensemble, les uns (de Clérambault) affirmeraient la concomitance de l'érotisme et de l'automatisme et leur indépendance pathogénique. Cet automatisme résulterait du processus évolutif à base directement organique, le contenu en étant contingent. L'érotisme obsédant qui constitue ce dernier se rangerait avec les phénomènes de dérivation péjorative (de Clérambault) habituels à l'automatisme mental, ou pourrait témoigner d'une mobilisation secondaire de blocs idéo-affectifs préexistants.

Mais il est également possible de rapprocher ce cas, en raison du contenu exclusivement sexuel des phénomènes automatiques, des interprétations psychanalytiques soutenues notamment par Hesnard (1) dans les délires d'influence. Les tendances érotiques anciennement refoulées vont se préciser en un état passionnel lorsque la malade les repousse, non sans un choc émotif brutal. Il en résulterait une dérivation dans les phénomènes d'influence. Incapable de se les adapter, la personnalité les repousse dans le monde extérieur d'où leur caractère exogène et la méconnaissance systématique de la conscience à leur égard. Voilà le stade actuel de la lutte entre le moi apragmatique et les tendances qu'il a refoulées dans le non-moi. Ainsi s'expliqueraient les propositions, les ironies, l'emprise par des fluides, les manœuvres mystérieuses qui visent toutes à la satisfaction sexuelle et symbolisent les propres tendances érotiques extériorisées. Du fait de la dérivation déjà mentionnée, l'érotisme prend une teinte de plus en plus grossière et obscène qui approfondit l'extranéité.

Ceillier (2) insiste sur ces contrastes affectifs entre l'auto-connaissance du moi habituel et le contenu des constatations automatiques pour expliquer l'attribution à autrui et l'idée d'influence.

---

(1) Hesnard, *in Evolution psychiatrique*. T. II, Payot, 1927.

(2) Ceillier. — Recherches sur l'automatisme psychique. *Soc. de psych.*, mars 1927.

©BIUM

Les psychanalystes appellent *ségrégation* ce mode de reniement et de projection extérieure des propres tendances antagonistes et choquantes.

Mais cette libération relative du moi intérieur envers les tendances par ce procédé de ségrégation qui est un pis-aller, faute d'une répression normale, ne va pas sans inconvénient : elle se fait au détriment de la synthèse personnelle qui, non consolidée par l'action, est restée débile et fragile. La dissociation augmente et l'insuffisance pragmatique en reçoit le contre-temps, d'où inertie, inactivité, impression d'absence de sentiment. La malade dit qu'elle a tué sa vie. Elle prétend avoir renié tout sentiment pour échapper à l'intrusion étrangère, à l'emprise si pénible d'autrui cherchant à aliéner son indépendance. Elle a conscience que si elle n'avait pas rompu cet amour, elle aurait pu, dit-elle, se rééquilibrer. Méfions-nous pourtant de partager les illusions explicatives de nos malades. Hesnard (1) a montré la fonction justificatrice de la conscience.

Notre observation diffère notablement des cas de Ceillier (2), de Dupouy et Chatagnon (3) : « l'objet » et l'influenceur ne sont pas le même individu.

A la fin de cette troisième phase, l'autisme progresse et l'on assiste à une désagrégation intérieure, une inadaptabilité à l'ambiance de plus en plus complètes, cliniquement décelées par le désintérêt apparent, l'ambivalence, les impulsions, la discordance générale particulièrement nette dans la tournure originale des phrases et le sens subjectif tout spécial de certains mots qui reviennent toujours.

IV. — Dans la quatrième phase, on trouve une impulsion sexuelle tenace ayant envahi complètement la conscience, asservi l'attention et la logique (interprétations unilatérales). L'activité est toute polarisée, cristallisée dans ce sens. Il y a désinsertion totale tant

---

(1) Hesnard. — La relativité de la conscience de soi. Alcan, 1924.

(2) Ceillier. — Erotomanie et délire d'influence. *Soc. cl. de médment.*, mai 1922.

(3) Dupouy et Chatagnon. — Erotomanie médicale avec idées délirantes d'influence. *Soc. de psych.*, mars 1927.

©BIUM

avec les autres éléments psychiques qu'avec les relations du milieu social.

Il semble que cette fois, à la faveur de la dissociation intérieure, les tendances aient pris possession de la place représentée par la conscience malade et forcé la personnalité à leur donner une échappée vers le milieu extérieur. Mais le sujet ne peut leur offrir qu'une satisfaction sur le mode autiste, rigide, irréductible et inadapté aux nécessités de la vie sociale. C'est donc une victoire inutile des tendances sur la censure antérieurement faite de scrupules, de résistance basée sur un sentiment justifié d'infériorité pragmatique et c'est la seule manière dont a pu être intégrée la tendance génésique. Suzanne prouve ainsi combien elle est incapable d'adapter ses besoins à la complexité sociale.

La dérivation péjorative, cette dégradation dont nous parlions à propos des phénomènes d'influence, a englobé la conscience centrale elle-même. Mais celle-ci maintenant ignore sa déchéance.

Le délire d'influence et de persécution sexuelle a été oublié, semble-t-il, dans la mesure où l'instinct a réussi à s'asservir la conscience, à se faire intégrer après avoir été renié, repoussé au dehors. Aujourd'hui cet instinct se manifeste automatiquement et en désharmonie avec tout ce qui n'est pas lui.

Il est peut-être permis de voir ici un cas de ces stéréotypies psychiques, ou d'attitudes schizophréniques réactionnelles (Minkowski), sortes de réactions de défense contre la désagrégation. Cette impulsion en a bien la fixité, mais non pas le caractère abstrait et apragmatique : on observe un véritable hypergénitalisme, témoigné par l'onanisme fréquent. C'est une impulsion consciente et parfaitement volontaire qui est en voie d'automatisation et pourra devenir plus tard un geste stéréotypé, peut-être alors difficile à comprendre parce qu'ébauché et symbolisé. Bleuler a montré le sens analogue possible de certains symptômes de la D. P. classique, lesquels ont depuis longtemps perdu toute valeur affective.

©BIUM

Conclusion

Dans ces diverses phases du conflit, il s'est produit une intégration progressive des tendances sexuelles par une suite d'adaptations défectueuses. La conscience en quête d'un équilibre, d'un statisme, ne pouvant suivre les progrès des tendances dynamiques, se trouve acculée à des situations de plus en plus graves.

Ainsi, lorsque les tendances s'éveillent avec une certaine intensité, elles rencontrent d'abord l'obstacle de l'insuffisance pragmatique et avortent au moment où elles allaient se réaliser (période érotomaniaque). On peut parler alors d'un phénomène de répression normale.

Dans le second temps, les tendances sont rejetées dans le milieu extérieur, mais au prix d'un délire d'influence (ségrégation).

Enfin, dernier temps : elles se réintègrent et parviennent à dominer la conscience, mais celle-ci a sombré dans une complète discordance et leur triomphe reste sans portée pragmatique.

⁂

En fin de séance, M. Leroy, président, annonce à la Société qu'il vient de recevoir la nouvelle de la mort du Professeur Pitres.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
Bussard, Guiraud.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

Anatomie Topographique du Système Nerveux Central, par Georges GUILLAIN, professeur de Clinique des Maladies du Système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, et Ivan BERTRAND, chef du Laboratoire d'Anantomie pathologique de la Clinique des Maladies du Système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris. 1 volume, grand in-8 de 322 pages avec 60 planches originales (Masson et C^ie^, Editeurs). France et Etranger : broché, 80 fr., relié, 95 fr. (sans majoration).

Ce Traité d'Anatomie topographique du système nerveux central de l'homme a été écrit pour les étudiants poursuivant des études anatomiques, pour les médecins non spécialisés qui désirent repérer avec exactitude les lésions du système nerveux dans leurs autopsies et pour les neurologistes qui travaillent dans les laboratoires. On y trouvera une description méthodique de toutes les coupes macroscopiques et microscopiques du système nerveux normal. Dans chaque coupe ont été indiqués des repères pour topographier les lésions éventuelles. Ainsi est rendue facile la compréhension de la structure en apparence si complexe du cortex, des noyaux gris centraux, de la région hypothalamique, du pédoncule, de la protubérance, du bulbe, du cervelet, de la moelle.

Pour que ce volume répondit au but que se proposaient les auteurs, il était indispensable que les planches fussent d'une rigoureuse exactitude ; aussi MM. Guillain et Bertrand ont rejeté tout schéma, tout dessin interprétatif. Toutes leurs planches macroscopiques sont la reproduction de photographies originales, tous les dessins microscopiques ont été exécutés à la chambre claire ou à la microphotographie

©BIUM

sur des coupes pratiquées dans leur laboratoire de la Salpêtrière.

Bien que cet ouvrage ait un caractère essentiellement pratique, on y trouvera mentionnés les travaux anatomiques les plus récents poursuivis en France et à l'étranger sur la cytoarchitectonie et la myéloarchitectonie de l'écorce cérébrale, du cervelet de la moelle. Cet ouvrage très clair, avec une importante iconographie originale, est appelé à rendre les plus grands services aux anatomistes et aux cliniciens. C'est un livre de tous points excellent.

L'architecture cellulaire normale de l'écorce cérébrale, par le Dr Constantin-V. Economo, professeur de Psychiatrie et de Neurologie à l'Université de Vienne. Edition française par le Dr Ludo Van Bogaert, agrégé à l'Université libre de Bruxelles, Masson et Cie éditeurs. Un volume grand in-8 de 184 pages avec 61 figures, 80 fr.

Cet ouvrage d'une haute tenue scientifique est l'œuvre personnelle d'un des maîtres de la Neurologie contemporaine ; il a pour but de fournir aux psychiatres, aux neurologues, aux chercheurs, aux étudiants sous une forme aisément accessible les notions indispensables à la connaissance de *l'architectonie cellulaire corticale.*

L'auteur n'insiste pas sur les questions de détail, ni sur certains problèmes particuliers qu'il a traités dans de vastes ouvrages, il n'indique que les grandes lignes de ses recherches anatomiques qui suffisent à faire entrevoir l'intérêt des travaux d'architecture cérébrale.

Le cerveau est revêtu dans sa totalité d'une écorce grise très riche en cellules, n'ayant pas partout la même structure et présentant des variations régionales d'épaisseur et de composition. C'est de cette constatation faite il y a soixante ans déjà par le psychiatre viennois Meynert qu'est née toute l'étude architectonique.

De cette multiplicité de structure, il concluait à l'existence dans l'écorce d'organes différents ayant du fait de leur structure propre une fonction spéciale.

Cette idée se trouve justifiée par les découvertes de l'auteur de ce livre, des champs sensoriels et de champs afférents reconnaissables à leur seule architecture.

Dans cet ouvrage, le professeur Economo détermine par une description de la structure générale les caractères principaux des champs les plus importants de l'écorce cérébrale en même temps qu'il indique leur fonction. Il apporte ainsi à l'anatomie macroscopique un moyen nouveau pour la

©BIUM

délimitation des lobes et des régions ; il établit pour les lobes pariétal, occipital, temporal et en partie pour le cerveau olfactif d'autres limites que celles jusqu'à présent admises.

Du plus haut intérêt est encore l'étude des variations architecturales individuelles normales et pathologiques. Ici nombre de problèmes restent ouverts : différence d'un côté à l'autre, différence d'âge, variations raciales, les écorces des hommes d'élite ou de talent, les cerveaux déficitaires (aveugles nés, sourds-muets, oligophrénies), les écorces pathologiques (psychoses entre autres), le rapport des champs avec les types de circonvolutions.

Ce livre donnera aux chercheurs les bases indispensables qui leur permettront de s'attaquer à ces nouveaux problèmes.

L'illustration de cet ouvrage étant composée de schémas, de dessins et principalement de 46 photographies nouvelles des principaux champs corticaux dont il fallait assurer la reproduction d'une façon impeccable, un soin tout spécial a été apporté à l'exécution matérielle de cette édition.

JOURNAUX ET REVUES

Les rémissions thérapeutiques dans la Paralysie générale, par M. VALLEJO NAGERA. *Archivos de Neurobiologia,* Madrid, mars-avril 1927.

Cet article contient surtout un gros travail statistique sur les résultats de la malariathérapie. Les nombreux malades suivis sont divisés en cinq catégories : 1° rémissions complètes ; 2° rémissions dites sociales : l'individu peut vivre à son foyer, circuler librement, mais il y a un léger déficit intellectuel se traduisant par une diminution de l'activité cérébrale, de la capacité professionnelle ; 3° améliorations psychique et somatique malgré une démence assez avancée ; 4° échecs ; 5° morts, peut-être implicables aux traitements, soit au cours des accès fébriles, soit par une évolution foudroyante de la Paralysie générale après inoculation.

Ces considérations reposent sur l'examen de 5.000 cas. Dans les quatre premières catégories on trouve les pourcentages les plus variés suivant les auteurs. Notons toute-

©BIUM

fois que Baender, Gertsmann et Nonne apportent des statistiques impressionnantes de 300 à 450 cas, avec environ un tiers de rémissions complètes. Les deux derniers auteurs ne signalent ni échecs, ni décès, d'autres accusent jusqu'à vingt pour cent de morts.

Après ces intéressantes considérations, l'auteur de l'article pose l'angoissante question : Quel est l'avenir des impaludés ? La méthode est encore d'application trop récente pour qu'on puisse répondre définitivement, mais il est réconfortant d'apprendre par les publications de Gertsmann et de Wagner von Jauregg que des paralytiques généraux en rémission, vivent sans rechute depuis la date de l'impaludation, c'est-à-dire depuis sept ou huit ans.

P. CARRETTE.

Définition médico-légale de l'aliéné, par le professeur NÉRIO ROJAS, *Revista de criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Buenos-Ayres, sept.-oct. 1927.

Pour être aliéné nous dit le professeur Rojas, il faut remplir quatre conditions : présenter un trouble psychique général, ne pas en avoir conscience (distinction avec les psychonévroses), être un inadapté, ne pas se servir de cette inadaptation d'une manière utile.

Après avoir critiqué les définitions classiques, l'auteur nous dote de la suivante qui résume les quatre conditions développées dans son étude : l'aliénation mentale est un trouble général et persistant des fonctions psychiques, dont le caractère pathologique est ignoré ou mal compris par le malade, et qui empêche l'adaptation intelligente et active aux règles du milieu ambiant, sans profit pour lui-même ni pour la Société.

P. CARRETTE.

Les conflits sexuels chez les artistes de génie, par le Dr Hernani MANDOLINI, *Revista de criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Buenos-Ayres, juillet-août 1927.

Les anomalies sexuelles ont joué un rôle capital dans la vie et l'œuvre de nombreux artistes : les exemples du Dante, de Michel-Ange, de Rousseau, de Byron sont rappelés par l'auteur.

Les traumas psychiques de l'enfance, les luttes soutenues chez l'adulte, — tentatives d'évasion, de sublimation, — qui épuisent un homme moyen, en font un psychasthénique banal, ont embelli et transformé la vie de ces cerveaux infirmes et privilégiés.

P. CARRETTE.

©BIUM

Traitement de l'épilepsie au moyen d'injection d'émulsion de substance cérébrale dans une solution de luminal sodique, par M. R. Novoa Santos, *Archivos de Neurobiologia*, Madrid, sept.-oct. 1927.

L'utilisation récente du vaccin anti-rabique contre l'épilepsie a donné des résultats peu satisfaisants ; par contre, l'injection tous les 2 jours de 2 cc. d'une émulsion de substance cérébrale dans une solution de luminal sodique à vingt pour cent a amélioré notablement des malades à crises fréquentes. Malheureusement les résultats éloignés du traitement n'ont pas été observés.

P. Carrette.

BIBLIOGRAPHIE

Psychological Abstracts

L'American Psychological Association a entrepris de publier, tous les mois, un recueil international de psychologie, sous la direction de MM. Walter, S. Hunter et R.-R. Willoughby de Clark University et avec la collaboration de MM. F.-C. Bartlett (Angleterre), Claparède (Genève), Ferrari (Bologne), Michotte (Louvain), Piéron (Sorbonne), Reymert (Wittenberg College), Wirth (Leipzig) et Ranchburg (Budapest).

Le premier volume (1927) contient 2.730 extraits avec table des matières et des noms d'auteurs. Ces extraits sont tirés d'ouvrages ou d'articles parus dans 267 périodiques. Le prix de l'abonnement est de 6 dollars 25. S'adresser à « Psychological Abstracts », Princeton, New-Jersey, U. S. A. Un numéro spécimen est envoyé sur demande.

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de Médecine mentale

Séance du 19 Mars 1928

Affaiblissement intellectuel de type paralytique chez un intermittent spécifique ; réactions négatives du liquide céphalo-rachidien, par MM. R. Leroy et P. Lelong. — Femme de 42 ans ayant présenté trois accès maniaco-dépressifs en 1907, 1916 et 1919. Syphilis contractée en 1919. Depuis plusieurs mois état démentiel global associé à des symptômes maniaques. Tremblement généralisé, embarras de la parole, dysgraphie, vivacité des réflexes tendineux. Aucun signe neurologique de localisation. W. +, mais, après trois examens et après réactivation, le liquide céphalo-rachidien reste en tous points absolument normal. S'agit-il d'une P. G. authentique ou plutôt d'un syndrome paralytique par sclérose cérébrale, on ne peut l'affirmer.

Imbécillité, parkinsonisme et épilepsie consécutifs à un traumatisme obstétrical, par MM. L. Marchand et A. Courtois. — Nouveau cas de parkinsonisme installé progressivement chez une jumelle âgée de 22 ans, atteinte d'imbécillité et épileptique depuis l'âge de 8 ans. Crises convulsives avec prédominance de la phase tonique. Faciès figé, tremblement digital. Hypertonie intentionnelle. Abolition des mouvements élémentaires des bras pendant la marche. Sialorrhée. Les troubles dominent du côté droit. Pas de signes pyramidaux. B.-W. négatif. L'ensemble symptomatique semble déterminé par une encéphalopathie infantile consécutive à un traumatisme obstétrical (état asphyxique à la naissance, convulsions infantiles à 22 jours).

Deux cas de dysphasie, par J. Vié. — Présentation de 2 garçons atteints d'un bégaiement intentionnel portant sur les premières syllabes des phrases. Chez l'un d'eux (hémiplégie cérébrale infantile à signes extrapyramidaux), le trouble d'élocution s'accompagne d'hypersécrétion sudorale, de

©BIUM

tremblement, de contractures étendues rendant parfois la parole impossible. Chez l'autre, arriéré avec troubles de la conduite, l'examen révèle de petits troubles dystoniques. Ce sont deux types extrêmes d'une même série symptômatique.

Hallucinations lilliputiennes ayant coïncidé avec le retour des règles chez une alcoolique aménorrhéique, par P. LELONG. — Femme de 33 ans, adonnée depuis longtemps à la boisson. Arrêt des règles presque complet depuis 6 mois. Retour de celles-ci du 5 au 7 février 1928. Immédiatement après éclate un accès d'onirisme (hommes noirs, morpions) d'une durée de 3 jours. Une nuit, visions lilliputiennes : petits acrobates, habillés de rouge, qui dansent et amusent la malade. L'auteur souligne l'élément menstruel à titre de cause occasionnelle.

Syphilisation conjugale simultanée. Tabès chez le mari et paralysie générale chez la femme vingt ans après, par MM. P. COURBON et G. FAIL. — Histoire d'un couple qui contracta la syphilis la même année, le mari ayant 42 ans, la femme 35 ans. Au bout de 20 ans et après 3 ans de tabès, le mari mourait âgé de 62 ans et la femme âgée de 55 ans était internée pour paralysie générale. Cette évolution en ce qu'elle a de similaire chez les deux sujets peut s'expliquer soit par le neurotropisme du spirochète, soit plutôt par l'opportunisme morbide des deux systèmes nerveux.

Neurosyphilis familiale, par A. MARIE. — Présentation d'une démente précoce, âgée de 20 ans, ayant une réaction de W. positive ; le père est mort de paralysie générale ; d'un dément précoce âgé de 21 ans présentant des stigmates d'hérédo-syphilis dont le père est aussi mort de paralysie générale ; d'une arriérée dont le père est mort de paralysie générale, d'une jeune fille de 14 ans, atteinte de paralysie générale dont le père est mort d'ictus avec spécificité cérébrale.

Démence précoce par encéphalite, par MM. PACTET et L. MARCHAND. — Le sujet est décédé de pneumonie un an après le début des troubles mentaux consistant en alternatives de torpeur et d'agitation, anidéisme, suggestibilité, négativisme, échopraxie, échomimie. L'examen des centres nerveux décèle des lésions d'encéphalite intéressant le cortex, les noyaux gris centraux et le bulbe.

©BIUM

Paralysie générale et anévrisme de la carotide interne, par MM. PACTET et L. MARCHAND. — Il s'agit d'une trouvaille d'autopsie. On est en présence de deux affections distinctes : d'une part la méningo-encéphalite diffuse subaiguë relevant de la syphilis et l'anévrisme présentant les caractères de l'anévrisme par athérome.

L. MARCHAND.

Société de Psychiatrie

Séance du 15 Mars 1928

Epilepsie et encéphalite épidémique, par MM. ROUBINOVITCH, SCHIFF et COURTOIS. — Trois ans après une atteinte aiguë d'encéphalite épidémique, apparaissent chez un jeune homme des crises comitiales caractéristiques, avec chute, perte de connaissance, morsure de la langue, et dont plusieurs ont été observées dans le service. L'installation de la maladie comitiale fut précédée durant un an de phénomènes atypiques : tics faciaux, survenant par accès, crises transitoires de tremblement, courtes phases confusionnelles avec trismus et prostration consécutive.

Dans ce cas, comme dans d'autres antérieurement publiés, on doit se demander si les crises épileptiques traduisent une évolution chronique de l'encéphalite ou si elles relèvent de foyers cicatriciels de cette affection.

Encéphalite à forme hallucinatoire, par MM. Paul SCHIFF et A. COURTOIS. — Un sujet de 24 ans a eu en 1920, une attaque d'encéphalite. Il a présenté dans les années suivantes des troubles du caractère et de la moralité : violences, perversions sexuelles, fugues, actes anti-sociaux divers pour lesquels il fut interné. Une observation psychiatrique bien conduite ne signale aucun phénomène délirant.

Depuis un mois ce malade présente un syndrome d'influence : « sensation d'ondes hertziennes », avec voix hallucinatoires assez bien extériorisées mais sans systématisation précise. Les voix hallucinatoires dialoguent entre elles, elles ont souvent un caractère pallilalique. A côté de ces hallucinations auditives vraies, le malade présente des pseudo-hallucinations visuelles, des sensations d'étrangeté, avec déformation des objets qui augmentent ou se rapetissent sans cesse.

Ce tableau diffère des syndromes hallucinatoires connus (psychoses hallucinatoires chroniques, hallucinose) par la

©BIUM

variabilité et l'inconsistance de l'hallucination et par l'attitude critique que le sujet paraît conserver à leur égard. Il se rapproche davantage de certains états psychasthéniques ou schizophréniques. La forme hallucinatoire de l'encéphalite chronique est rare.

Un conducteur d'automobile, paralytique général. Considérations médico-légales. — MM. TOULOUSE, SCHIFF et COURTOIS présentent un paralytique général, domicilié en province et venu spontanément au service ouvert de l'Hôpital Henri-Rousselle. Ce malade présente les signes neurologiques de la paralysie générale, avec conservation d'une certaine lucidité et des automatismes professionnels, mais il doit accomplir une tournée quotidienne, dans un camion automobile et il a déjà causé trois accidents.

La famille, pour des raisons d'intérêt, s'oppose à l'internement ; le placement volontaire en raison du domicile de secours est d'ailleurs impossible. D'autre part, l'état du malade ne semble pas aux auteurs créer l'obligation d'un placement d'office requis contre la volonté formelle du conjoint. Dans ces conditions, on peut se demander s'il ne conviendrait pas, dans l'intérêt social, et en prenant texte de l'abandon des soins de la part de la famille, de signaler la situation au maire de la commune, qui provoquera le retrait du permis de conduire.

I. Seconde présentation d'une malade atteinte d'encéphalopathie infantile fruste avec débilité mentale et crises d'excitation atypiques ; réactions humorales. — MM. R. TARGOWLA et LAMACHE montrent une malade de 40 ans, atteinte de débilité mentale motrice associée à une symptomatologie fruste d'encéphalopathie infantile. Cette malade présente à intervalles espacés des périodes d'excitation caractérisée par des crises d'agitation coléreuse survenant sans cause huit ou dix fois dans la journée. La dernière phase de ce genre a été marquée en outre par l'exagération de quelques symptômes neurologiques, l'apparition de mouvements involontaires d'allure choréïforme et une réaction méningée (hypertension du liquide C.-R., augmentation de l'albuminose, léger retard à l'hémolyse dans la réaction de B.-W., hyperglycorachie sans hyperglycémie) qui a rétrocédé par la suite. Le syndrome mental apparaît donc ici comme une manifestation du processus encéphalopathique non éteint ; en particulier, l'excitation atypique, considérée naguère comme une manifestation de la dégénérescence mentale, rattachée aujourd'hui à la psychose maniaque-dépressive,

©BIUM

n'est (du moins, dans le cas présent) que la traduction d'une poussée évolutive, d'ailleurs atténuée, encéphalopathique.

II. Apparition brusque d'un état anxieux avec symptômes cérébello-pyramido-striés et réactions humorales positives ; évolution abortive. — MM. R. Targowla et A. Ombredane complètent l'observation d'une malade présentée à une précédente séance : jeune femme prise subitement, au matin de la nuit de noces, d'un état anxieux, aigu, accompagné d'un syndrome de déséquilibration très marqué, associé à des symptômes striés et pyramidaux, avec céphalée violente, vertiges, insomnie, accélération du pouls, tremblement menu des extrémités. Ces troubles, accompagnés d'azotémie légère, d'une petite anémie avec hyperleucocytose et polynucléose, disparurent en trois semaines, ne laissant qu'un reliquat très fruste cérébello-pyramidal.

Le fait intéressant est l'existence à la phase aiguë d'une forte hyperalbuminose du liquide C.-R. sans leucocytose et d'une réaction de B.-W. positive avec le liquide, négative avec le sérum. Après réactivation, la réaction de fixation avait disparu et l'albuminose avait considérablement décru ; le traitement spécifique ultérieur augmenta légèrement le taux d'albumine et une faible lymphocytose (2,5) apparut. Les réactions colloïdales ont été constamment négatives.

Se basant sur ces constatations et sur les données cliniques et anamnestiques négatives, les A. A. éliminent la syphilis et, après avoir discuté l'encéphalite épidémique et la sclérose en plaques légitimes, font rentrer ce cas dans la névraxité disséminée à forme anxieuse.

Crise de catalepsie hystérique. Catalepsie, sommeil pathologique et catatonie. — MM. H. Baruk et P. Meignant montrent un malade qui présente en général à la suite de chocs émotifs, des crises d'immobilité ressemblant à première vue au sommeil, sans modification du faciès, et durant souvent plusieurs jours. Au réveil on constate chaque fois des troubles moteurs (paraplégie, hémiplégie) à caractère indubitablement hystérique qui disparaissent ensuite totalement.

Les auteurs, à propos de cette observation qui est superposable à d'autres observations qu'ils ont recueillies antérieurement, insistent sur l'analogie de ces faits avec les cas décrits autrefois sous le nom de sommeil hystérique. Mais ils estiment que de telles manifestations doivent être entièrement distinguées du sommeil pathologique, dans

©BIUM

lequel on peut réveiller le malade facilement. Ils préfèrent désigner le syndrome en question sous le nom de « *crise de catalepsie* ». Ces crises de catalepsie qui n'ont rien de commun avec les crises de narcolepsie avec lesquelles elles sont trop souvent confondues, s'observent tantôt dans l'hystérie, tantôt dans la catatonie. Il y a lieu d'ailleurs à ce sujet de souligner certaines parentés entre ces deux affections.

LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre KAHN. — Psychose interprétative survenant deux ans après une fracture du crâne accompagnée d'amnésie, de fabulation et d'hallucinations lilliputiennes.

— Présentation de la malade avec discussion du lien possible entre le traumatisme et la psychose d'interprétations. Le lien est difficile à affermir, la malade n'ayant rien présenté d'anormal pendant les deux ans qui ont précédé le début de la psychose actuelle. Il est nécessaire cependant de noter et de publier les cas similaires — si importants au point de vue médico-légal.

LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre KAHN. — Tentative de suicide à caractère impulsif chez un cyclothymique atteint d'encéphalite épidémique.

— Présentation du malade qui est entré à la Pitié à la suite d'une tentative de suicide par revolver. La balle a pénétré dans la région cardiaque et a déterminé un hémothorax.

— Syndrome catatonique avec température de 38-39. Paralysie faciale totale et monoplégie brachiale gauches.

Troubles sensitifs. Trépidation épileptoïde. Abcès de fixation. Disparition de la catatonie et de la fièvre.

Le caractère impulsif de la tentative de suicide en rattache vraisemblablement l'origine à l'encéphalite.

MM. A. MARIE et HENRY présentent :

1° Un cerveau de P. G. infantile, mort à 17 ans 1/2, en janvier dernier, à l'Admission après 3 ans 1/2 d'évolution. (La famille s'est refusée à tout examen), mais l'hérédosyphilis ne saurait faire de doute ; l'enfant ayant été allaité par sa mère et la P. G. ayant débuté à 13 ans.

Le cerveau atrophié, les ventricules dilatés, les méninges antérieures sont opalescentes et trois préparations histologiques confirment les données macroscopiques (manchons vasculaires).

2° Un P. G. juvénile typique est présenté âgé de 21 ans, évoluant depuis l'âge de 15 ans (mère morte d'accidents

©BIUM

cérébraux, pendant que l'enfant était en nourrice). L'enfant apprenait bien et fut mis en apprentissage de serrurerie à 15 ans. Déchéance psychique progressive consécutive.

3° Le Dr Marie rappelle le tableau de 21 cas (dont 3 personnels) qu'il a publié dans le rapport administratif de 1927 à l'appui de l'hérédité de certaines syphilis neurotropes dont il rapporte 2 cas nouveaux.

4° Il attire l'attention sur une délirante entrée à la Clinique, sœur aînée des 2 jumelles présentées à la séance du 28 avril 1927 à cyclothymies maniaco-dépressives, écloses simultanément et à rythme monochrome. Il s'agit de folies familiales à caractères dégénératifs héréditaires.

Clinique des maladies Mentales et de l'Encéphale. — Professeur Henri CLAUDE. — La tension veineuse rétinienne — son intérêt en neurologie et en psychiatrie. H. CLAUDE, A. LAMACHE et J. DUBAR. — La pression veineuse rétinienne chez l'individu normal est comprise entre 25 et 30 ; elle augmente dans la position couchée, l'apnée avec effort, sans lacher de froid, de la compression des veines du cou. L'étude de cette pression veineuse et de la tension du liquide céphalo-rachidien montrent l'indépendance relative de ces deux tensions. La mensuration de la pression veineuse permet parfois de rapporter à un trouble circulatoire encéphalique des céphalées dites essentielles ou regardées comme relevant de troubles anesthésiques.

André CEILLIER.

©BIUM

VARIÉTÉS

MORT DU PROFESSEUR PITRES

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Professeur Albert Pitres, l'un des plus illustres représentants de l'Ecole de la Salpêtrière. Nous laissons le soin de retracer sa glorieuse carrière au Président de la Société Médico-Psychologique, dont Pitres faisait partie depuis l'année 1896.

LE Dr SALOMON BLESSÉ PAR UN MALADE

VANNES, 7 avril. — Au moment où le docteur Salomon, médecin-chef de l'asile d'aliénés de Lesvellec, passait sa quotidienne visite médicale, un dément se précipita sur lui, armé d'un tiers-point, et le frappa de terribles coups à la tête, au dos et à la nuque. Le malheureux docteur s'affaissa D'autres pensionnaires de l'asile se ruèrent sur le personnel ; au cours de la mêlée, un infirmier fut blessé.

L'état du docteur Salomon, bien que sérieux, n'inspire pas d'inquiétude.

(*Journal*).

Nous avons reçu de bonnes nouvelles de notre ami le Dr Salomon auquel nous adressons l'expression de notre bien affectueuse sympathie.

H. C.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

DÉCRET DU 29 MARS 1928

Le Président de la République Française,

Sur le rapport du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ;

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu les décrets des 2 février 1910, 3 janvier 1922, 27 mai 1926, 13 mai 1927 et 6 août 1927 ;

Vu les décrets des 10 octobre 1919 et 11 mai 1927,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les classes et traitements des médecins-directeurs et médecins-chefs de service du cadre des

©BIUM

asiles publics d'aliénés sont fixés ainsi qu'il suit : 7e classe, 22.000 francs ; 6e 23.500 ; 5e 25.000 ; 4e 26.500 ; 3e 28.000 ; 2e 30.000 ; 1re 32.000 ; classe exceptionnelle, 34.000.

ARTICLE 2. — Les classes et traitements des directeurs administratifs des asiles publics d'aliénés, autres que ceux du département de la Seine, sont fixés ainsi qu'il suit : 5e classe, 25.000 francs ; 4e 26.500 ; 3e 28.000 ; 2e 30.000 ; 1re 32.000 ; classe exceptionnelle, 34.000.

ARTICLE 3. — Un arrêté ministériel reclassera les médecins-directeurs et les médecins-chefs de service appartenant aux 9 classes prévues par le décret du 6 août 1927, dans les 7 classes et dans la classe exceptionnelle instituées par l'article 1er du présent décret.

A cet effet, les médecins appartenant actuellement à la 9e classe seront compris dans la 7e classe nouvelle et compteront, dans cette classe, à la date du présent décret, une ancienneté égale au 1/6 de l'ancienneté qu'ils avaient à cette même date dans la 9e classe.

Les médecins appartenant actuellement à la 8e classe seront compris dans la 7e classe nouvelle et compteront, dans cette classe, à la date du présent décret, une ancienneté égale à celle de leur collègue le plus favorisé de la 9e classe, augmentée du 1/3 de l'ancienneté qu'ils avaient, à cette même date, dans la 8e classe.

Les médecins appartenant actuellement à la 7e classe compteront dans cette classe, à la date du présent décret, en plus de l'ancienneté qu'ils avaient déjà, une ancienneté supplémentaire égale à celle de leur collègue le plus favorisé de la 8e classe, majorée elle-même de la 1/2 de l'ancienneté qu'ils comptaient déjà dans la 7e classe.

Les médecins appartenant actuellement à la 6e classe recevront, dans cette classe, à la date du présent décret, en plus de l'ancienneté déjà acquise, une ancienneté égale à celle de leur collègue le plus favorisé de la 7e classe, augmentée elle-même du 1/3 de l'ancienneté qu'ils comptaient déjà dans la 6e classe.

Les médecins appartenant actuellement à la 5e classe recevront, dans cette classe, à la date du présent décret, une ancienneté supplémentaire égale au 1/6 de l'ancienneté qu'ils comptaient déjà dans la 5e classe.

Il ne sera apporté aucune modification à la situation des médecins appartenant actuellement aux 4e, 3e et 2e classes et qui ne sont pas visés par les dispositions de l'article 4 ci-après.

ARTICLE 4. — Les médecins qui, antérieurement au décret du 3 janvier 1922, auraient passé plus de trois ans dans la classe exceptionnelle de médecin-adjoint en vertu des dispositions du décret du 2 février 1910, recevront, dans leur classe actuelle, à la date du présent décret, une majoration d'ancienneté d'un an.

Celle-ci sera, à son tour, majorée de deux mois par année supplémentaire passée dans la classe exceptionnelle de médecin-adjoint, en sus de ces trois ans.

Les médecins appartenant actuellement à la 1re classe, compte tenu des bonifications accordées par les paragra-

©BIUM

phes 1er et 2 du présent article, seront compris dans la classe exceptionnelle créée par l'article 1er ci-dessus, s'ils comptent 2 ans au moins de services dans la 1re classe, et 25 ans au moins de services civils et militaires ouvrant droit à pension, à la date du présent décret.

ARTICLE 5. — Il n'est apporté aucune modification aux règles d'avancement prévues par l'article 2 du décret du 27 mai 1926.

Les médecins appartenant à la 1re classe seront, dans l'avenir, promus à la classe exceptionnelle après 2 ans de services dans cette classe et 25 ans de services civils et militaires ouvrant droit à pension.

ARTICLE 6. — En aucun cas, les bonifications pour services militaires qui seront accordées aux médecins issus du concours de 1928 et des concours suivants, en application de l'article 7 de la loi du 1er avril 1923, ne pourront avoir pour effet de leur faire acquérir une ancienneté supérieure à celle des médecins provenant des 9e, 8e et 7e classes anciennes, et qu'ils n'auraient pu dépasser s'ils avaient été nommés, comme eux, dans la 9e classe.

A cet effet, un arrêté ministériel déterminera l'ancienneté supplémentaire qui pourra être éventuellement attribuée, dans ce cas, aux médecins en service antérieurement au présent décret, pour que, sans faire obstacle à l'application de la loi du 1er avril 1923, l'ordre d'ancienneté soit identique à celui qui serait résulté du maintien des 9 classes anciennes.

ARTICLE 7. — Il ne sera apporté aucune modification à la répartition des directeurs administratifs dans les 5e, 4e, 3e et 2e classes prévues par le décret du 6 août 1926.

Seront compris dans la classe exceptionnelle, les directeurs administratifs appartenant actuellement à la 1re classe et comptant, dans cette classe, à la date du présent décret, quatre ans au moins, ainsi que quinze ans au moins de services civils et militaires ouvrant droit à pension.

ARTICLE 8. — Il n'est apporté aucune modification aux règles d'avancement prévues en faveur des directeurs administratifs des asiles d'aliénés autres que ceux du département de la Seine, par l'article 3 du décret du 27 mai 1926.

Les directeurs administratifs de 1re classe seront, dans l'avenir, promus à la classe exceptionnelle, après 4 ans de service dans cette classe et 15 ans de services civils et militaires ouvrant droit à pension.

ARTICLE 9. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures ou contraires à celles du présent décret.

ARTICLE 10. — Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 29 mars 1928.

Signé : G. DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales :

Signé : A. FALLIÈRES.

©BIUM

Vacances de Postes

Sont actuellement vacants :

Le poste de Directeur-Médecin de l'Asile public d'aliénés de La Charité (Nièvre), par suite de la mise à la retraite de M. le Docteur Levet.

Le poste de Médecin Chef de service à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Bas-Rhin), par suite du décès de M. le Docteur Zwibel.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Médaille des évadés. — Avec maintien de la citation accordée à l'occasion de l'évasion : M. Abély, médecin-major de 2e classe de réserve du Service de santé du 17e corps d'armée.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (à l'Asile de Vaucluse et à l'Asile de Ville-Evrard) sera ouvert le jeudi 31 mai 1928, à 2 h. précises, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, à Paris.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, service de l'Assistance départementale, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à midi et de 14 à 17 h.

Le registre d'inscription sera ouvert du mardi 1er mai au mardi 15 mai 1928 inclus.

CONCOURS D'INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Ce concours, commencé le 12 mars 1928, s'est terminé le 24 mars 1928.

Membres du Jury. — M. le Dr Marie, Président ; M. le Dr Etienne Bernard, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Capgras ; M. le Dr Leroy ; M. le Dr Truelle ; M. le Dr Mauclaire ; M. le Dr Roubinovitch ; M. Dadin, secrétaire administratif.

©BIUM

Questions écrites : Formes cliniques de l'urémie ; fractures de la base du crâne ; liquide céphalo-rachidien.
Question orale : Indication et technique de la saignée.

Ont été reçus : MM. Dublineau, Péchard, Caron, Cano, Thomas, Fail, Dillard, Defaut, Mareschal, Dufet, Menger, Taquet, Pouffary, Mlle Le Camu, M. Yagmadjian.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXII^e Session, Anvers (23-28 juillet 1928)

SOUS LE HAUT PATRONAGE
DE LL. MM. LE ROI ET LA REINE DES BELGES

Présidents : M. le P^r Henri CLAUDE, de la Faculté de Médecine de Paris ; M. le P^r Aug. LEY, de la Faculté de Médecine de Bruxelles.
Vice-Président : M. le Docteur LALANNE, Médecin en Chef de l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Nancy.
Secrétaire général : M. le D^r F. MEEUS, Médecin en Chef de l'Hôpital psychiatrique de Mortsel-lez-Anvers (21, rue des Nerviens, Anvers).

Programme des travaux et des excursions (1). — *Lundi 23 juillet.* — 9 h. 45 : SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE, sous la présidence de M. Paul-Emile JANSON, Ministre de la Justice, dans la salle des Fêtes de l'Athénée Royal, place de la Victoire.
14 h. 15. — **1^er Rapport. — Psychiatrie :**
La Catatonie. Rapporteur : M. le Professeur Paul DIVRY (de Liége). Salle du Conseil Provincial, au Gouvernement Provincial (Marché aux Souliers, n° 2).
19 heures. — *Réception* par le Gouvernement Provincial au Parc Provincial « Het Rivierenhof », à Deurne.

Mardi 24 juillet. — 9 h. 15. — **2^e Rapport. — Neurologie :**
Les Algies du membre supérieur. Rapporteur : M. le Professeur H. ROGER (de Marseille). Salle du Conseil Provincial, au Gouvernement Provincial (Marché aux Souliers, n 2).

(1) Les Congressistes qui arriveront à Anvers le *dimanche 22 juillet* sont cordialement invités par le Conseil du Cercle Médical d'Anvers et par le Professeur Aug. Ley à passer la soirée au Cercle Médical, 8, rue Louise, à 20 heures 30 (Trams 1, 12, 24).

©BIUM

14 h. 15. — *Séance de communications.* Salle du Conseil Provincial, au Gouvernement Provincial (Marché aux Souliers, n° 2).

16 h. 30. — *Réception* à l'Hôtel de Ville par les autorités communales.

17 heures. — *Thé* suivi de *concert* offert par l'Administration communale dans la cour du Musée Plantin.

Mercredi 25 juillet. — 9 h. 15. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du Congrès. Salle du Conseil Provincial, au Gouvernement Provincial (Marché aux Souliers, n° 2).

11 heures. — *Visite du Musée Plantin* (Marché du Vendredi). *Conférence* par M. le Professeur SABBE, conservateur du Musée Plantin.

14 h. 15. — *Séance de communications avec projections* (Ecole Normale, 31, rue Quellin).

17 heures. — *Visite du Musée des Beaux-Arts* (place Léopold de Wael). *Conférence* par M. MULS, conservateur du Musée.

20 h. 30. — *Soirée* offerte par la Colonie Française d'Anvers dans le local d'été de la Société Royale d'Harmonie, Chaussée de Malines, n° 206.

Jeudi 26 juillet. — 9 h. 15. — **3e Rapport. — Thérapeutique :**

La Thérapeutique de la paralysie générale. Rapporteurs : MM. les Docteurs B. DUJARDIN, Agrégé de l'Université de Bruxelles, et René TARGOWLA, ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris, médecin de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle. Salle du Conseil Provincial, au Gouvernement Provincial (Marché aux Souliers, n° 2).

14 heures. — *Excursion* à l'Hôpital psychiatrique pour hommes de *Mortsel.* Départ : Place de Meir, tram n° 7.

14 h. 30. — *Séance de communications.*

16 h. 30. — Visite de l'asile.

17 h. 30. — *Réception* par la Direction Générale des Rév. Frères de la Charité.

19 heures. — Départ pour Anvers.

20 h. 30. — *Soirée* offerte par les Présidents et les Membres du Congrès dans les Salons de la Maison Ed. Van Hellemont, 14, Avenue Van Eyck.

Vendredi 27 juillet. — 8 h. 17. — Départ pour la Colonie de *Merxplas,* Porte de Turnhout, par tram vicinal spécial.

10 heures. — Arrivée et *visite* de la Colonie de Bienfaisance (vagabonds), et des institutions pénitentiaires spéciales (détenus tuberculeux, épileptiques, anormaux, prison-école).

©IUM

13 heures. — *Déjeuner* offert par la Colonie de Bienfaisance.

14 h. 30. — Départ.

16 heures. — Arrivée et *visite* de l'Hôpital Psychiatrique pour femmes (Bethaniënhuis) à *St-Antoine-Brecht.*

18 heures. — *Réception* par la Direction générale des Rév. Sœurs Norbertines.

19 h. 30. — Départ pour Anvers.

(Prix de l'excursion Merxplas et St-Antoine : 25 francs belges).

Samedi 28 juillet. — 9 h. 15. — *Séance de communications* à l'Hôpital de Stuivenberg, rue des Images (trams nos 3 et 6). *Clôture de la Session.*

11 heures. — *Visite* de l'Hôpital de *Stuivenberg* et de la Clinique Psychiatrique.

14 h. 30. — *Excursion* sur l'Escaut et visite du Port d'Anvers, organisées par l'Administration communale. (Embarcadère, en face du Canal au Sucre).

17 heures. — Retour en ville.

N. B. — Les Membres du Congrès qui désirent participer aux *excursions* et assister aux *réceptions*, devront *s'inscrire au Secrétariat au plus tard le lundi 23 juillet.* Le Secrétariat se tiendra le lundi matin à l'Athénée Royal, place de la Victoire, le lundi après-midi et les autres jours au Gouvernement Provincial (Marché aux Souliers, n° 2).

Les *Eglises* sont généralement ouvertes toute la matinée.

Les divers *Musées* de la ville d'Anvers pourront être visités *sans frais* sur présentation de la carte de congressiste.

Le prix de l'entrée au *Jardin Zoologique* sera réduit à *3 francs* pour les Congressistes.

Les *dames* sont invitées :

1° Le mercredi 25 juillet, à 15 heures, à visiter l'*Institut Sainte-Marguerite* destiné à l'observation et l'éducation des jeunes filles placées sous la surveillance du Juge des Enfants, Chaussée St-Bernard (Kiel) (trams nos 4, 8, 24).

2° Le jeudi 26 juillet, à 15 heures, à visiter la *Biscuiterie De Beuckelaer,* rue du Vanneau.

Pour ces deux visites, *s'inscrire au Secrétariat du Congrès le lundi 23 juillet.*

Excursions. — Après la session les Congressistes pourront, s'ils le désirent, et dans la limite des places disponibles, participer aux excursions suivantes :

©BIUM

1° Excursion en Hollande du 29 juillet au 3 août 1928

Anvers, Rotterdam, La Haye, Scheveningue, Delft, Harlem, Amsterdam, Marken, Monikendom et le *Zuydersee, Anvers, Bruxelles, Paris.*

Conditions de voyage. — Les prix de cette excursion au départ d'*Anvers* sont les suivants : En 1re classe : 1.865 fr. En 2e classe : 1.810 francs.

Avis important. — Les Hôtels d'*Amsterdam* et des villes voisines étant presque tous réservés par les participants des jeux Olympiques qui auront lieu à cette époque, les adhésions à cette excursion devront parvenir au bureau Central des voyages « Exprinter », 2, rue Scribe, *Paris, IXe, avant le 31 mai dernier délai.*

2° Belgique

Ardennes belges, Luxembourg, Lorraine, Alsace, Savoie, Dauphiné, Route des Vosges, du Jura, des Alpes.

S'adresser avant le 10 juillet, au Bureau Central des Voyages « Exprinter », 2, rue Scribe, Paris (9e).

3° Croisières aux Pays Scandinaves

S'inscrire avant le 20 avril : Bennett's Travel Bureau, 4, rue Scribe, Paris.

Renseignements généraux. — Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres adhérents* doivent être médecins, français ou étrangers. Le prix de la cotisation est de 50 francs français. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 juin recevront les rapports dès leur publication.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Le prix de leur cotisation est de 30 francs français. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Pour s'inscrire envoyer le montant des cotisations en francs français, avec indication exacte des noms et adresses des membres adhérents et des membres associés.

©BIUM

à *Monsieur le Directeur de l'Agence de Neuilly de la Société Générale* (44, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine, Seine), *Compte de M. le Dr Meeus.*

ou au *Dr Meeus, Sécrétaire général de la 32e session,* 21, rue des Nerviens, à Anvers (Belgique).

Passeports et cartes d'identité. — Pour l'entrée des Français en Belgique un *passeport* n'est pas indispensable, mais à défaut de passeport une *carte d'identité* officielle avec photographie est exigée des voyageurs.

Réduction de 50 0/0 sur les Chemins de fer français

Les *Grands Réseaux des Chemins de fer français,* tenant compte du caractère du Congrès, sont disposes à accorder une *réduction de 50 0/0* (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) aux Congressistes qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres.

Pour bénéficier de cette réduction, chaque Congressiste devra être muni d'une autorisation établie pour la totalité du parcours, quel que soit le nombre de Grands Réseaux empruntés.

Cette formule imprimée devant être revêtue du cachet du Congrès et de la signature du Secrétaire Général, et visée par le Réseau sur lequel est située la gare de départ du trajet aller, il sera nécessaire de la demander au Dr Meeus, *secrétaire général de la 32e session, avant le 1er juillet 1928.* (Indiquer la gare de départ, l'itinéraire et les différents Réseaux empruntés).

Chaque Congressiste muni de cette autorisation devra acquitter à la gare de départ le prix d'un billet à place entière pour le trajet aller et le montant de l'impôt 15 0/0 de l'exemption) ; le trajet de retour s'effectuera gratuitement.

Validité à l'aller : du 20 au 28 juillet inclus.
au retour : du 23 juillet au 5 août inclus.

RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

La 9e réunion neurologique internationale annuelle se tiendra à Paris les mardi 3 et mercredi 4 juillet 1928, dans l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital.

Les séances auront lieu le matin, de 9 heures à 12 heures, l'après-midi de 15 heures à 18 heures.

La question suivante est mise à l'étude : Les tumeurs cérébrales : Diagnostic et traitement.

©BIUM

Rapporteurs : 1° pour la neurologie : M. Clovis Vincent ; 2° pour la radiologie : M. A. Béclère ; 3° pour l'ophtalmologie : MM. Bollack et Hartmann ; 4° pour la chirurgie : M. de Martel.

En outre, la Société tiendra, le jeudi 28 juin, une séance consacrée à l'anatomie pathologique et, le jeudi 5 juillet, tiendra sa séance normale. Ces deux séances auront lieu à la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine, et sont consacrées aux communications portant sur des questions diverses.

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

La 73e réunion aura lieu les 19 et 20 mai à Kœnigsfelden (Argovie).

Selon décision de la dernière assemblée, le choix des communications reste libre. Prière d'annoncer les communications au président, le Dr L. Binswanger, Bellevue, Kreuzlingen, Thurgovie, au plus tard le 22 avril.

PERMANENCE DES CONGRÈS D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET PRIVÉE

QUINZAINE SOCIALE INTERNATIONALE

(Paris, du 2 au 13 juillet 1928)

Le prochain Congrès International d'Assistance se réunira à Paris au début du mois de juillet. Nous recevons de M. Rondel, un questionnaire rédigé par le rapporteur général de cette question qui est Anglais. Nous publions ce questionnaire en demandant à nos lecteurs de bien vouloir adresser leur réponse le plus tôt possible à M. Rondel, Secrétaire général du Congrès, 49, rue de Miromesnil.

QUESTIONNAIRE SUR LES ŒUVRES AYANT TRAIT AUX PERSONNES ATTEINTES DE FAIBLESSE MENTALE

1° Quelle est la législation relative aux personnes de faible mentalité (en dehors des aliénés).

2° Comment ces lois sont-elles appliquées par les pouvoirs centraux, par les pouvoirs locaux, par les ressources volontaires. D'où proviennent les fonds pour faire face aux dépenses de ces administrations ?

3° Quel est le critérium de l'insuffisance mentale et comment les personnes de faible mentalité se distinguent-elles de la population en général ?

©BIUM

Y a-t-il des signes permettant de dépister ces malades en général et dans les cas spéciaux ?

Ces signes reposent-ils sur des données ou sur des tests basés sur la psychologie, l'éducation, la conduite, les actes ?

Par qui ces tests sont-ils appliqués ?

4° Comment découvre-t-on la faiblesse d'esprit chez les enfants et les jeunes gens ? et à qui incombe le devoir de la rechercher ? Avant l'âge scolaire. — Pendant la période scolaire. — Pendant l'adolescence.

Qu'a-t-on fait au point de vue des soins à donner à ces enfants ? en ce qui concerne :

I. *L'Education.* — A. Dans les écoles spéciales avec externat. B. Dans les écoles spéciales avec internat.

II. *L'Instruction.* — A. Dans les Asiles. B. Dans les Centres d'occupations et d'emplois. C. A la maison.

III. *Les soins postscolaires.* — A. pour ceux qui viennent d'écoles avec externat. B. pour ceux qui viennent des internats ou des asiles.

5° Comment la faiblesse mentale des adultes est-elle reconnue ? Qui s'occupe de cette recherche ?

Qu'a-t-on fait pour assurer des soins aux adultes atteints de faiblesse mentale ? Quels pouvoirs a-t-on pour les placer dans les asiles. A. de force. B. volontairement. Pendant combien de temps peut-on les garder ? Comment sont-ils libérés ?

Après les soins. — Y a-t-il un contrôle social exercé sur eux ? A. Règlementairement organisé. B. Volontaire.

Au point de vue de leur instruction. — A. Dans les ateliers et les centres d'emploi. B. Au foyer familial.

6° Existe-t-il un système de traitement spécial pour les faibles mentaux et pour les anormaux qui se trouvent dans des établissements qui ne leur sont pas spécialement destinés ? C'est-à-dire dans les prisons, dans les asiles d'aliénés, dans les asiles de l'Assistance publique ou autres, dans les dépôts d'indigents, refuges, etc., etc.

7° Le contrôle social des faibles d'esprit est-il associé à d'autres œuvres sociales telles que la Protection de l'Enfance, la lutte contre la tuberculose, etc., etc.

7 *bis* Existe-t-il des statistiques montrant le chiffre de la propagation de la faiblesse d'esprit et a-t-on pris des mesures pour l'enrayer.

8° Existe-t-il des statistiques officielles montrant le nombre total des personnes atteintes de faiblesse mentale dans le pays. *a*) recevant des soins ; *b*) habitant chez eux ;

©BIUM

et échappant à tout contrôle officiel ou privé. Quelle est la proportion de chaque catégorie. Suivant l'âge, c'est-à-dire au-dessous et au-dessus de 16 ans, au point de vue du séjour à la ville et à la campagne, au point de vue des formes particulières à faiblesse mentale des formes dues à des causes physiques telles que le crétinisme, par exemple. Proportion des criminels atteints de faiblesse mentale.

9° Qu'a-t-on fait au point de vue de l'enseignement à donner à ceux qui sont chargés de s'occuper des faibles mentaux et de les soigner ?

Qui a la responsabilité de cet enseignement pour les médecins, hommes ou femmes chargés de rédiger les certificats exigés par la loi.

Au point de vue de l'*Instruction spéciale*. — A. Théorique. B. Clinique. Cette instruction est-elle donnée avant la fin des études ou après les examens de sortie ? La validité du diplôme dépend-elle du professeur chargé de cet enseignement spécial ? Donnez les détails de cet enseignement. A. Sa durée. B. Son caractère théorique et pratique. L'insuffisance mentale est-elle comprise dans le programme d'un diplôme de psychologie médicale ? C. Pour les Professeurs dans les écoles spéciales et dans les établissements.

Cet enseignement est-il indispensable pour obtenir un poste dans les écoles et les institutions locales autorisées.

Est-il donné *a*) avec les matières de l'instruction de collège ; *b*) après la sortie du collège. Donnez les détails des cours : *a*) durée ; *b*) description générale ; *c*) cours spéciaux c'est-à-dire pour les professeurs de métiers et pour les éducateurs du langage, etc. D. Pour les travailleurs sociaux (comme A. et B.).

Prière de donner des réponses définies. Quand une réponse est négative, ne pas la laisser simplement en blanc.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 36.024

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

LETTRES D'ARGENTINE

(Troisième)

Buenos-Aires, mars 1928.

En vue d'une prochaine législation de l'assistance aux psychopathes, une importante proposition vient d'être faite par les Drs Luis Estèves, adjoint à la chaire de clinique psychiatrique, et Julio d'Oliveira Estèves, chirurgien de la Flotte, chef du Cabinet psychophysiologique, tous deux médecins à l'Hôpital National de femmes aliénées. Ils ont visité les Etats-Unis, et leur « *Plan d'assistance aux aliénés pour combattre l'encombrement* » est une adaptation de l'organisation nord-américaine.

Parmi les causes qui ont produit directement l'encombrement, les auteurs incriminent : 1° la disproportion entre l'accroissement des aliénés et l'accroissement des méthodes d'assistance ; — 2° l'insuffisance du plan dans le système d'assistance aux psychopathes ; — 3° la centralisation de l'assistance ; — 4° une réglementation hospitalière démodée.

©BIUM

Parmi les effets de l'encombrement ils déplorent : 1° l'assistance insuffisante donnée aux aliénés ; — 2° les traitements inappropriés.

Comme remèdes, ils proposent : 1° la création d'une Ligue d'Hygiène mentale ; — 2° un plan évolutif unique pour la construction d'établissements d'assistance aux aliénés ; — 3° la décentralisation des établissements ; — 4° la création de consultations psychiatriques ; — 5° la création d'un Service Social ; — 6° la réforme des règlements.

Chaque région doit posséder un Hôpital neuropsychiatrique, avec ateliers thérapeutiques et asiles de chroniques. Toute demande d'admission et toute sortie doit être accompagnée d'une enquête du Service Social. Ce Service fait des enquêtes sur les malades en instance d'admission, surveille le malade sorti, surveille le malade externe soigné à la consultation, dirige la famille, renseigne l'Hôpital. Il suffit de six personnes pour chaque grand établissement. On peut les choisir parmi les orphelins élevés par l'Assistance Publique, et les instruire par un stage, avec enseignement approprié à l'Hôpital neuropsychiatrique.

Chaque grand établissement doit posséder une *Salle d'Admission* (80 lits) et une *Salle de Sortie* (100 lits), pour les malades à diagnostiquer et pour ceux en instance de sortie. Une fois par semaine tous les médecins de la maison se réunissent sous la présidence du médecin directeur. Après lecture de l'Histoire clinique, du rapport du médecin traitant, du rapport du chef de la Salle de sortie, et du rapport du Service Social sur les conditions du milieu où le malade aura à vivre, un vote décide le maintien ou la sortie. La sortie n'est jamais définitive, mais provisoire, pour un délai fixé par la Commission de Sortie. Le malade sorti dépend des consultations externes, où il doit se présenter chaque semaine, chaque mois, etc.

L'idée féconde de ce projet est de remplacer la réclusion par la « circulation », selon les conditions évolutives de chaque cas, et de traiter à domicile, par consultations externes obligatoires et sous la surveil-

lance obligatoire du Service Social, tous les malades qu'il n'est pas indispensable d'hospitaliser.

Tel qu'il est présenté, dans la *Revista Médica Latino-Americana,* novembre 1927, ce plan, plus souple, plus moderne que notre loi de 1838, présente comme elle l'inconvénient grave, inutile d'employer le mot-épouvantail : *aliénés.* Le Dr Sabizarretta, le fondateur de cette merveille qu'est l'*Hospital Rawson,* me racontait dernièrement que les « dispensaires antituberculeux » à Buenos-Aires ont végété avec le nombre infime de consultants, et que d'un seul bond ce nombre s'est élevé prodigieusement le jour où l'on a décidé de les intituler « dispensaires des voies respiratoires ».

Le mot « aliénés » épouvante à juste titre les malades et les familles. Il met en fuite également le grand public et les donateurs. Ce mot doit être effacé du projet des Drs Luis Esteves et Julio d'Oliveira Esteves, s'ils veulent élever à la dignité de malade l'ancien « fou », que Pinel a pu seulement élever à la dignité d'aliéné.

(Quatrième)

Buenos-Aires, le 21 Avril 1928.

Le soir du vendredi 13, jour des saints martyrs Hermenegildo, Justino, Maximo et de la sainte Ida vierge, une femme aperçoit, debout sur la tour de l'église San José de Calasanz, et doucement lumineuse sur le ciel obscur, la Sainte Vierge. Un groupe se forme : chacun confirme la réalité de l'apparition.

A la nuit tombante, le lendemain soir samedi, la Vierge est toujours debout sur la coupole. Le bruit du prodige s'est répandu ; la cité immense réagit ; par milliers, des curieux, des familles envahissent le tranquille carrefour formé par l'avenue de La Plata et les rues San Juan et Pedro Goyena. Nul ne peut mettre en doute qu'une forme légère se dresse en haut

©BIUM

du monument. Il semble que la Vierge tient une croix. Elle paraît se mouvoir quelque peu. Par instants sa silhouette pâle change de couleur.

Des faubourgs les plus éloignés, distants de 15 et 20 kilomètres, on se rue en automobile. Une foule compacte, anxieuse, se presse en tous les points d'où le haut de la tour est en vue, et de partout, tous aperçoivent sur le sommet une forme merveilleuse. A l'aurore, l'image s'efface. Au crépuscule elle reparaît. Les nuits suivantes, jusqu'au lever du jour, des multitudes de spectateurs constatent le fait et le commentent.

Le commissaire de la 10e section est sur la brèche. Il établit un service d'ordre contre l'encombrement et contre les filous. Il s'époumonne à expliquer qu'il n'y a, sur ce faîte, rien du tout, que cette coupole est peinte d'une couleur plombée, et que, par un jeu de contraste optique, la tour paraît se prolonger par un reflet en forme de Vierge. Cette explication policière n'obtient aucun succès.

Alors le magistrat municipal va trouver le curé de la paroisse, et ces deux autorités distinctes n'ont pas de peine à se trouver d'accord. Le prêtre, de son côté, a été assailli par les fidèles ; il se fatigue à leur répéter que le bas de la coupole est revêtu d'ardoises, que le haut est peint d'un ton identique, du moins à la lumière du jour, mais que de nuit, ce ton devient plus clair.

Le public n'est pas convaincu. Il réclame des vérifications. Sous les feux croisés des réflecteurs d'automobiles, la Vierge s'évanouit. Elle reparaît dans l'obscurité. On fait monter dans l'intérieur de la coupole un couvreur, par l'ordre du commissaire, avec l'autorisation du curé. L'étroitesse de l'ouverture supérieure ne permet pas à cet homme de passer ; mais il peut regarder par ce trou, se trouvant lui-même en pleine ombre ; or il voit distinctement, à loisir et de près, se mouvoir quelque chose de lumineux.

Depuis le samedi 14, les professeurs ecclésiastiques du Collège, San José de Calasanz, leur directeur, et en

©BIUM

particulier le R. P. Léon Sanz, professeur de physique, s'efforcent de faire entendre raison à la foule, au commissaire, au curé et aux reporters accourus. Il s'agit d'un *feu de Saint Elme*. La tour s'élève à 64 mètres au-dessus du sol ; elle est armée de fer, presque sans interruption, de la base à la croix ; le sommet est en zinc et la croix est en bronze ; entre la terre électrisée négativement et l'air calme électrisé positivement s'opère une décharge convective lente qui rend phosphorescente l'extrémité du conducteur et même qui la prolonge en aigrette. C'est un phénomène physique bien connu. Il s'y est ajouté un phénomène psychologique encore plus fréquent, l'illusion collective, animée de préoccupations religieuses.

Une semaine a passé depuis lors ; l'émotion s'est apaisée ; et chacun va répétant, car telle est l'orthographe que les journaux ont accréditée, que c'est tout bonnement « un feu de Saint Telme ».

(*Cinquième*)

Mai 1928.

Le Pérou prépare une loi d'assistance aux psychopathes. Le gouvernement a chargé une Commission d'élaborer un projet. Elle est composée de trois membres, MM. Angel-Gustavo Cornejo, Sebastián Lorente et Baltazar Caracedo. Après avoir étudié les dispositions anciennes, les législations actuellement en vigueur, les projets à l'étude chez différents peuples, la Commission présente son rapport, suivi d'un projet en 70 articles (1).

Laissons de côté les dispositions qui concernent le Registre légal, les formalités d'admission et de sortie, certificats et délais d'avis, car elles n'offrent rien de paticulier, non plus que l'interdiction, la curatelle ni les cas d'urgence.

Les malades mentaux sont répartis en cinq catégories: 1° psychopathes non aliénés ; — 2° aliénés ; — 3° alié-

(1) *Boletin de la Biblioteca Nacional de criminologia y ciencias afines*, abril 1928, 415-439.

©BIUM

nés judiciaires ; — 4° toxicomanes (y compris alcooliques) ; — 5° enfants anormaux.

L'assistance n'est pas obligatoire pour les psychopathes non aliénés. Elle est obligatoire pour les aliénés et pour les toxicomanes. Il n'est pas indiqué dans quels cas elle est obligatoire pour les enfants anormaux.

Tous les modes d'assistance, obligatoire ou non obligatoire, sont placés sous la « supervigilance » du *Conseil National d'Hygiène Mentale.*

Ce *Conseil* est organisé par le Pouvoir Exécutif. Il est composé comme suit :

un membre de la Cour Suprême, président ;
un Fiscal de la Nation ;
le Directeur de la Salubrité ;
un Professeur de l'Université de Lima ;
un médecin aliéniste, en qualité d'assesseur technique ;

Le *Conseil* dispose d'un secrétaire et du personnel technique et administratif nécessaire. Ses fonctions sont les suivantes :

nomination des Inspecteurs Régionaux ;
solution des questions d'assistance aux psychopathes ;
supervigilance des Etablissements publics et privés;
supervigilance de l'assistance familiale ;
requêtes pour l'interdiction civile des incapables et pour la protection de leur personne et de leurs biens ;
connaissance des dénonciations pour internement arbitraire, mauvais traitements, abandon, négligence ; décisions opportunes ; poursuites civiles et criminelles ;
intervention d'experts psychiatres pour le service judiciaire ;
informations aux fins d'ouverture ou de fermeture des établissements spéciaux, publics et privés, et sur leur organisation intérieure ;
registre des psychopathes assistés (1).

(1) Le texte dit « des aliénés et toxicomanes », mais les articles concernant les autres catégories de psychopathes indiqueni qu'ils doivent également y figurer. Chaque établissement à son Registre légal particulier.

©IHUM

Le médecin aliéniste, assesseur technique au *Conseil National,* doit remplir les conditions suivantes : être Péruvien de naissance ; être chef d'un service clinique dans un Etablissement public pour au moins six ans ; avoir plus de 15 ans d'exercice professionnel; il ne pourra diriger aucun service d'aliénés ou de toxicomanes ; il veillera à l'exécution de la loi et dénoncera les infractions.

Assistance familiale. — Les « aliénés judiciaires » et les « toxicomanes » en sont exclus. Après examen du cas et du milieu, le *Conseil National* peut autoriser l'assistance familiale d'un aliéné n'appartenant pas aux catégories sus-mentionnées. S'il s'agit d'assistance au domicile d'un médecin, celui-ci ne pourra diriger le traitement ni délivrer de certificat. Le médecin traitant envoie au *Conseil National* une note clinique mensuelle, et l'avis immédiat de la guérison ou du décès. La famille ou personne à qui le malade est confié, a l'obligation de fournir au *Conseil* toutes informations réclamées, et de laisser examiner le malade par les médecins et inspecteurs que le *Conseil* désigne. Si le malade n'est pas dûment soigné et surveillé, si l'assistance à domicile a été clandestine, le *Conseil* peut ordonner que le malade soit confié à une autre personne ou placé dans un Etablissement public (1).

Etablissements Privés. — Ils doivent réunir les conditions matérielles et être dirigés par des médecins aliénistes; ils sont soumis à l'autorisation préalable et au contrôle continu du *Conseil.*

Etablissements Publics. — Sont considérés comme tels ceux qui sont entretenus par le Gouvernement ou par des Sociétés de bienfaisance. Ils sont de différents types : hôpitaux psychiatriques ; services ouverts dans les hôpitaux communs ; dispensaires d'hygiène mentale ; instituts médico-pédagogiques pour enfants anormaux ; établissements pour aliénés judiciaires ; établissements pour toxicomanes. Les aliénés ne pourront être déposés dans une prison ni acheminés avec des condamnés ou des accusés.

(1) Et pourquoi pas privé ?

©BIUM

Aliénés judiciaires. — Ils sont internés par ordre de justice dans un établissement public spécial ou dans un quartier spécial d'établissement public ; ils ne peuvent être mis en liberté qu'après enquête et décision de l'autorité qui les a colloqués.

Toxicomanes (alcooliques, etc.). — Tout médecin appelé à soigner un toxicomane est tenu de communiquer le fait, dans les 24 heures, à la *Direction de Salubrité Publique,* qui ordonnera la collocation dans un Etablissement public ou privé. Les toxicomanes ne peuvent être mis en liberté au gré des familles, mais seulement par décision médicale (1). Le territoire national est interdit aux étrangers toxicomanes. Les toxicomanes ne pourront contracter mariage qu'après deux ans sans rechute et sur rapport médico-légal (2).

Placement personnel. — Quand un aliéné se présente personnellement pour obtenir son admission, elle peut être accordée, à condition de vérifier son identité et d'aviser immédiatement la famille et le *Conseil.*

Section d'observation. — Le malade qui entre dans un Etablissement Public sera reçu dans une section spéciale d'observation, séparée des autres sections ; la période d'observation sera de 30 jours; s'il est nécessaire de continuer l'assistance, le malade sera inscrit sur le Registre général de l'établissement et passé à la section qui convient ; les services ouverts pour psychopathes dans les hôpitaux communs sont soumis à cette disposition. Pendant cette période d'observation, l'incapacité du malade ne pourra être considérée comme définitive pour aucun effet légal.

Psychopathes non aliénés. — En cas d'indigence, ils jouissent de l'assistance médicale gratuite. Leur entrée dans un établissement spécial, public ou privé, est libre (3). Dans tous les établissements hospitaliers s'établiront (4) des salles spéciales pour psychopathes non

---

(1) Sous le contrôle du Conseil National (précision omise dans le texte).

(2) Rapport établissant (disposition contestable !) qu'il n'existe pas de « dégénerescence mentale ».

(3) Il n'est pas dit si leur sortie sera libre.

(4) Ne veut-on pas dire : « pourront être établies » ?

©BIUM

aliénés. Dans les hôpitaux psychiatriques existeront des services ouverts pour psychopathes non aliénés en cure libre. Un service spécial, public ou privé, pour psychopathes non aliénés ne pourra (être autorisé et) fonctionner que s'il réunit les conditions matérielles et un personnel spécialisé. Le chef d'un service pour psychopathes, le directeur d'un hôpital psychiatrique, le directeur d'une clinique privée, a l'obligation de communiquer au *Conseil National*, trimestriellement, le mouvement des malades (1) dans le service. La supervigilance des psychopathes en cure libre est à la charge du *Conseil National d'Hygiène Mentale* (art. 70).

Si ce projet est adopté et appliqué, il constituera pour la République du Pérou un progrès immense. Ce pays ne possède actuellement qu'un seul établissement spécial public, l'*Asile-colonie de la Magdalena,* entretenu par la *Société de Bienfaisance publique de Lima.* Les entrées s'y effectuent selon le règlement de cette Société, « sans tout le contrôle désirable », déclarent les rapporteurs. En outre, on reçoit des malades mentaux dans les hôpitaux, hospices, cliniques particulières et couvents, « sans qu'existent une vigilance speciale, les malades étant presque toujours à la merci de l'égoïsme des familles, de l'ignorance, en des lieux non spécialement équipés, et par suite sans les conditions indispensables pour un bon traitement, et souvent hors de l'atteinte des spécialistes. »

Citons pour terminer la définition de l'aliéné par la Commission péruvienne : « L'aliéné est un malade qui ne peut diriger, surveiller ou présider son propre traitement, et constitue un danger permanent pour lui et pour la Société où il vit, de manière qu'il est indispensable d'établir l'assistance obligatoire, en promulguant des lois spéciales. »

REVAULT D'ALLONES.

(1) Il n'est pas dit si cet état sera nominatif, avec adresse des malades et de leurs familles, ni si le diagnostic sera formulé. C'est probable, d'après l'art. 70 et dernier.

©BIUM

LA DÉMENCE

Par le prof. G.-J. TROCHINE

Professeur de Psychiatrie de l'Université de Kazan
(Expulsé de Russie, actuellement à Prague).

(*Fin*) (1)

3. Les variétés cliniques de la démence

Les processus pathologiques avec leur variété d'altérations anatomiques, leur localisation et leur gravité diverses ne peuvent pas produire un tableau de la démence identique. Si les particularités individuelles et les influences extérieures accessoires (par exemple, le traitement ou son absence dans la psychose luétique) s'y ajoutent, il est clair que les variétés cliniques de la démence sont très nombreuses.

Tout peut varier. Un symptôme aussi solide que l'ordre de phases, peut se déplacer : dans les certains cas [le psychose traumatique], la démence prend au début les degrés plus graves, qui ensuite s'atténuent et se transforment en degrés légers. Le nombre de stades n'est pas nécessaire aussi : il y a des maladies qui donnent toutes les quatre phases de la dissolution, les autres s'arrêtent à trois, plusieurs n'en montrent qu'une. La durée de la démence en général et la durée de chacun de ses degrés en particulier est aussi variée; quelquefois nous pouvons presque prédire la durée de certaine phase [paralysie générale], plus souvent, on observe les variétés sur une durée de plusieurs années et même de plusieurs dizaines d'années. La composition de la démence par trois ordres de signes principaux [les symptômes déconstructifs, les altérations formelles dans le fonctionnement psychique, la com-

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, avril 1928.

©BIUM

pensation pathologique] est apparente clairement dans certains cas, dans d'autres, les phénomènes déconstructifs prévalent ; ces derniers dans une troisième classe de faits, sont voilés par les particularités formelles ; quelquefois, les mécanismes inférieurs apparaissent tellement énergiques que le tableau général devient vague. Le passage distinct d'une phase à l'autre est très rare, presque introuvable, la transition ordinairement se fait progressivement, c'est pourquoi nous observons dans la plupart des cas des états mixtes. Les degrés incomplets de la démence sont fréquents ; on peut observer le plus souvent ces derniers dans la transition de la santé à la phase mécanique, il y a ici des sous-étapes intermédiaires. La conscience de la maladie, comme symptôme isolé de la démence, est absente souvent. Il y a aussi la démence abortive. La démence n'existe pas dans la période initiale de la maladie, dans son acmé et dans la période de défaillance (perte partielle des facultés), mais cette dernière est souvent compliquée par la démence, c'est pourquoi plusieurs aliénistes comptent la forme Korsakowienne, l'aphasie, etc., parmi les variétés de la dissolution psychique.

Deux maladies seulement ne donnent jamais de démence : les psychoses psychogènes et l'hystérie ; de nombreux psychiatres croient que la psychose maniaco-dépressive et la paranoïa ne finissent pas par l'affaiblissement de la psychique ; cela exige des distinctions, que nous exposerons plus bas. Tous les autres processus pathologiques sont liés à la démence: elle est tantôt nécessaire, tantôt facultative, tantôt progressive, régressive ou stationnaire.

La paralysie progressive, c'est le prototype de la démence, c'est pourquoi les variétés cliniques commencent par la démence paralytique. Ses stades coïncident avec les périodes connues de la paralysie générale mais avec des suppléments certains. On distingue habituellement dans le cours de paralysie la période initiale, qu'on appelle quelquefois médico-légale, la période d'acmé ou mégalomaniaque, la période démentielle, la période terminale. La première de ces pério-

©BIUM

des coïncide avec le stade mécanique de la démence, la troisième avec l'automatique, la quatrième avec l'absolue. La démence miroitante [suggérée-imitative] dans son état pur est absente, mais elle ne manque pas complètement : elle se manifeste par la soumission du malade dans les cas les plus légers [le paralytique fait rarement des difficultés pour l'internement, il consent très vite à se laisser traiter par les bains, etc.] ; la démence miroitante dans les cas plus graves s'exprime par les symptômes habituels : l'écholalie, l'échopraxie, la persévération ; la démence miroitante de la paralysie commence tôt ; sa manifestation habituelle et la plus fréquente coïncide avec la fin de la période mégalomaniaque et avec la démentielle.

Arrêtons-nous un moment à la durée de paralysie, parce qu'ici nous trouvons des données importantes pour la théorie de démence : la démence, si elle est la dissolution, c'est-à-dire l'ordre contraire à l'évolution, doit, dans son ensemble et dans ses phases particulières, avoir une longueur analogue à celle nécessaire pour la composition de la psychique normale. La source unique pour la chronologie normale du développement psychique, c'est l'enfance. Nous avons vu plus haut qu'on peut distinguer dans l'évolution de l'enfant les périodes suivantes :

de la naissance à 4 mois, l'époque des fonctions réflectoires et instinctives ;

de 4 mois à 18 mois, l'époque des fonctions primitives ;

de 1 1/2 années à 2 1/2 années, l'époque des fonctions miroitantes ;

de 2 1/2-3 années à 6-7 années, l'époque des fonctions mécaniques.

Les termes indiqués sont très approximatifs, ils varient, mais, en général, sont vrais.

Les conditions accessoires dans la durée de la paralysie sont si nombreuses, qu'il est difficile de trouver deux cas pareils, mais la longueur moyenne indubitablement existe. Les cas des hôpitaux ne conviennent pas pour en tirer des conclusions parce que les paralytiques y finissent par une mort plus rapide. Dans les

©BIUM

cas plus purs, quand les malades sont bien soignés, les complications extérieures sont minimes et quand le cours de paralysie est laissé seulement au processus destructif, sa durée s'exprime approximativement par les chiffres suivants :

pour la phase	mécanique	32 mois
—	miroitante	16 —
—	automatique	8 —
—	absolue	4 —
	en tout	60 —

La ressemblance à la chronologie de l'évolution enfantine existe indubitablement, et, en général, 5-6 années sont le chiffre fatal pour le processus chronique destructif.

Les signes spécifiques de la démence paralytique sont connus : son symptôme prédominant, le caractère progressif, la dissolution vraie, qui marche parallèlement à la destruction du système nerveux.

Les autres processus organiques avec caractère destructif (les psychoses traumatique, tumorale, polysclérotique, luétique, artérioscléreuse, sénile, épileptique) composent un groupe isolé. Ces processus — à la différence de paralysie générale — ne donnent que trois degrés de démence : la dissolution la plus grave y est représentée par la démence automatique. Quelquefois des symptômes se rencontrent, qui indiquent la quatrième phase de la démence absolue : l'incapacité aux mouvements, l'alimentation avec la cuiller, la salive coulante, l'incontinence des excrétions ; cela arrive dans les derniers stades des psychoses artérioscléreuse, luétique et — peut-être — tumorale. Dans ces cas, il faut toujours avoir en vue que la disparition des fonctions primitives (le signe de la démence absolue !) peut avoir deux causes : la dissolution psychique générale comme dans la paralysie progressive et la destruction locale par foyers, c'est-à-dire une cause accidentelle et accessoire, qui ne s'accompagne pas de dissolution psychique parallèle. Il faut toujours distinguer ces deux cas : autrement on peut trouver la démence absolue là où elle n'existe pas.

©BIUM

Chaque psychose du groupe ci-dessus indiqué a dans sa démence ses particularités.

La démence traumatique, dans la plupart des cas, ne se manifeste que par des symptômes légers : l'oubli, la distraction, l'incapacité au travail intellectuel et à la tension psychique, la lassitude rapide, l'humeur inquiète avec l'irritabilité et l'irascibilité ; la conscience de la maladie est faible, mais il y a sensation de malaise avec nuances hypochondriaques. Dans ce cas, la dissolution psychique ne dépasse pas la phase mécanique, de plus on peut parler de sous-phase plus légère, intermédiaire entre la santé et la démence mécanique. Dans les cas graves de commotion diffuse du cerveau avec caractère irrévocable, on peut observer le tableau de la démence automatique, quand le malade descend au niveau du nouveau-né. On ne doit pas confondre cet état avec l'obnubilation, qui s'observe aussitôt après le traumatisme et qui, par sa pathogénèse, n'appartient pas à la démence. Les signes spécifiques de la démence traumatique : le caractère régressif et le grand rôle des symptômes de perte partielle — le syndrome de Korsakow ou les symptômes korsakowiens isolés sont presque obligatoires.

La démence tumorale a, au contraire, un cours progressif. Les phénomènes initiaux — l'inattention, l'oubli ; la pauvreté, la raideur et les interruptions soudaines (le bloquage) de la pensée ; la fatigue légère, le manque d'envie pour le travail intellectuel — c'est la composition de la démence mécanique, qui reçoit dans « le blocus intellectuel » quelque chose de spécifique. Dans cette phase mécanique apparaissent quelquefois des tableaux particuliers ; telle est la moria, connue depuis longtemps : un état de gaieté avec une légère distraction, l'irritabilité, le langage abondant et futile, avec les excès absurdes de l'enfant ; l'inclination aux plaisanteries. La conduite immorale, qui s'observe quelquefois dans les périodes initiales de la tumeur cérébrale, est une variété de moria, c'est-à-dire de même démence mécanique. La démence miroitante dans les tumeurs cérébrales n'est qu'esquissée ; il faut y placer la suggestibilité légère et la soumission de la

©BIUM

moria, et aussi la persévération dans les stades plus graves. La phase automatique commence plus tard et se manifeste par les symptômes ordinaires : la perte des réminiscences, des notions scolaires, des occupations habituelles, etc. ; cela fait 6 0/0 des tumeurs cérébrales qui ressemblent à la paralysie générale. On peut quelquefois confondre la démence automatique avec les troubles de la conscience et des fonctions générales, les troubles qui dépendent non pas de la dissolution proprement dite, mais de la compression cérébrale et de l'intoxication par les produits des tumeurs ; les cas pareils semblables extérieurement à la phase automatique (le trouble du raisonnement, le langage confus, la non-reconnaissance des personnes, la désorientation) n'appartiennent pas à la démence. La même pathogénèse de l'affection cérébrale rapidement progressive peut donner « sub finem vitæ » le tableau de la phase absolue, mais ce sera de l'obnubilation, non pas la dissolution. Le caractère progressif, l'élément du blocus psychique, les phénomènes amentifs-délirieux et l'obnubilation sur la fin, tout cela rend la démence en question nettement isolée ; il faut y ajouter des symptômes de perte partielle (aphasie, Korsakow) qui, selon quelques observations (Pfeifer), se produisent dans 50 0/0 des cas ; ce sont les signes physiques de la tumeur cérébrale qui déterminent le diagnostic.

La sclérose en plaques, même dans ses manifestations peu profondes, donne l'affaiblissement psychique, qu'on appelle particulièrement la démence polysclérotique (Pfeifer). Essentiellement elle coïncide avec la mécanique, parce qu'elle a pour caractères : la difficulté des associations, la pauvreté et la lenteur des jugements, l'emploi faible des conceptions abstraites, l'affaiblissement de l'attention ; une pareille caractéristique prouve des altérations formelles dans le fonctionnement psychique, l'irritabilité et le changement d'humeur ; il y a des phénomènes de compensation pathologique : leur appartient l'exagération du sens sexuel, qu'on observe souvent chez les polysclérotiques. Le puérilisme et les idées paranoïdes isolées ne sortent pas des limites de la démence mécanique. La psychose

©BIUM

polysclérotique dans son évolution se manifeste par les formes les plus variées, en commençant par l'hystéroïde et en finissant par la délirieuse. La terminaison est connue : la maladie peut finir par l'obtusion grave, qui ne laisse aucun doute sur son caractère automatique : l'apathie, le faible raisonnement, la confusion avec existence certaine de la personnalité ; un pareil résultat, semblable à la démence paralytique et tumorale, s'observe assez souvent. Il n'est pas à confondre avec l'éruption aiguë de plaques dans les hémisphères, qui donne habituellement l'issue mortelle en 2 ou 3 semaines, avec les phénomènes de l'obtusion et de la stupeur.

La psychose syphilitique, affection grave et chronique, donne les trois premières phases et quelquefois parvient jusqu'aux phénomènes de la démence absolue. La phase mécanique avec les symptômes ordinaires s'observe au début, dans des formes paranoïdes de syphilis cérébrale, quand l'aspect extérieur, la conduite, même la conscience de la maladie se conservent, et à la fin, comme guérison incomplète. La phase miroitante se manifeste à l'ordinaire par la soumission légère ; aussi elle est très apparente après les apoplexies syphilitiques, quand nous observons souvent la persévération. La démence automatique est représentée le plus nettement dans la forme démentielle de la syphilis cérébrale ; on l'observe aussi dans les cas incurables des apoplexies et des formes expansives : ce sont des malades indifférents, obnubilés, qui n'ont aucune conscience de leur état ; leurs réminiscences sont vides de contenu, les pensées très pauvres, le langage bavard et confus, quelquefois réduit au grognement. On peut parler de démence absolue, quand les malades deviennent gâteux, ne peuvent pas manger eux-mêmes, exigent l'assistance incessante. La démence luétique devient spécifique par les signes physiques et le séro-diagnostic ; du côté purement symptomatique, les phénomènes de défaillance (de perte partielle) ont une grande importance : l'inégalité de l'affection, la démence lacunaire, les aphasies, agnosies, la forme korsakowienne. On peut indiquer la ressemblance de cette démence avec la démence artérioscléreuse.

©BIUM

La démence artérioscléreuse commence par des altérations faibles, qui restent sans changement quelquefois pendant des années ; leur identité avec la démence mécanique est douteuse ; de plus, c'est la sous-phase intermédiaire qui ressemble à la neurasthénie : le refus du travail nouveau et difficile ; les occupations et intérêts menus, habituels, de tous les jours ; la lassitude ; les fautes éphémères dans les noms, dates ; la pensée légèrement affaiblie avec l'instabilité ; l'inconséquence temporaire ; l'omission des détails ; les émotions facilement éveillées ; il s'y joint la conscience de la maladie et l'humeur dépressive. Les signes plus graves apparaissent après les lésions tellement caractéristiques de l'artériosclérose : la mémoire du nouveau est tout à fait perdue, les perceptions s'appauvrissent, la compréhension du compliqué s'éclipse ; en un mot, apparaissent les symptômes de la démence mécanique; parmi eux se montre la démence miroitante : l'oubli du courant immédiat, la soumission exagérée aux influences extérieures. Plus tard, disparaissent les manipulations arithmétiques, la connaissance du mois, de l'année, du jour de naissance, l'orientation dans le temps et l'espace ; les malades gardent le lit indifférents, se taisent, mais reconnaissent les parents, rient ou pleurent, quand on veut lier une conversation avec eux, en d'autres termes nous voyons la démence automatique avec l'existence certaine de la personnalité. Avec les paralysies commence quelque chose de semblable à la démence absolue : les malades sont incapables de mouvement, prononcent indistinctement, ne commandent plus à leurs sphincters, mangent avec l'aide des autres ; mais, ici, on ne peut pas parler de démence absolue proprement dite, parce que la conscience de la personnalité subsiste à un degré minime. Les particularités spécifiques de la démence artérioscléreuse sont : le caractère progressif d'abord lent, ensuite menant à la mort rapide ; la conservation de la personnalité ; la participation des symptômes de défaillance, en commençant avec les signes korsakowiens et en finissant par toutes les alpha-formes.

La démence sénile. — Avant de décrire la démence

©BIUM

sénile, il est nécessaire d'être d'accord sur la façon de comprendre cette maladie, simple au premier regard. Le concept de démence sénile s'est compliqué dernièrement. On introduit dans le nombre des psychoses séniles (plus exactement dans les psychoses de la vieillesse) des maladies tout à fait étrangères à la démence sénile : paralysie générale, alcoolisme, démence précoce (la catatonie tardive), psychose maniaco-dépressive ; toutes ces maladies reçoivent des particularités dues à la vieillesse, mais, par leur essence, il faut les exclure. Ensuite on met au nombre des psychoses de la vieillesse, l'artériosclérose sénile et quelques autres processus organiques ; c'est pourquoi la démence sénile se transforme en mosaïque de processus divers, qui sont liés par le temps d'apparition, mais essentiellement sont différents (1). A notre avis, ce mélange n'est pas justifié. Sans ce mélange, dans la composition de la démence sénile, reste un nombre considérable de variétés : la démence sénile simple, la presbyophrénie, les formes délirantes, les délires paranoïdes involutifs. On se demande si ces variétés sont également caractéristiques? Les formes délirantes, malgré qu'elles se rencontrent très souvent, n'ont pas une signification prédominante ; *Kæpelin* regarde la presbyophrénie comme un cas typique de la démence sénile, mais les limites de cette forme sont devenues déjà indéfinies ; même son existence est douteuse ; les paranoiæ et paraphreniæ de l'âge d'involution sont encore peu explorées et ne peuvent donner l'aspect vrai de la psychose sénile. La démence sénile simple reste la forme principale, de plus elle fournit 63 0/0 des psychoses séniles proprement dites (*Kræpelin*) et jusqu'à 40 0/0 des psychoses de la vieillesse en général [*Kreuser* (2)].

---

(1) Par exemple, LHERMITTE et NICOLAS dans leur étude (La démence sénile et ses formes anatomo-cliniques. *Paris med.* 13, 1923), introduisent dans le contenu de la démence sénile : la démeuce sénile simple, la presbyophrénie, la maladie d'Allrheimer, la maladie de Pick, l'atrophie diffuse sclerotique du cerveau, la démence paraplégique par suite d'encéphalite chronique de l'écorce.

(2) KREUSER. — Über Ofeistesstörungen in höheren Lebensalter. *Allg. Z. f. Ps.* 71, 1914.

©BIUM

La phase initiale de la démence sénile donne l'agrégation ordinaire de symptômes déconstructifs, formels et compensateurs. La disparition des fonctions supérieures : de l'attention, de la mémoire du nouveau et du difficile, des émotions supérieures, des jugements créateurs, etc., tout cela se rapporte aux symptômes destructifs ; les fonctions inférieures apparaissent comme dominant la psychique : le bavardage sénile, l'action créatrice menue (le tricotage des bas, le jeu de poupées), les jugements d'habitude superflus et détaillés, les anciens matériaux de la mémoire, l'attention pour les bagatelles. S'y joignent les altérations formelles : la lenteur des perceptions, associations et jugements. Sur le fond des fonctions supérieures disparues, d'après la loi de la compensation pathologique, s'épanouissent des fonctions proches aux primitives : le sens de la propriété (l'avarice sénile), l'impulsivité psychique (la kleptomanie sénile), les sens physiques (la passion sénile pour le manger, boire, fumer), le sens sexuel (l'onanisme sénile, l'exhibitionnisme, la paidophilie).

Les séniles dans la phase mécanique sont rarement internés ; quand cela arrive, nous voyons les vieillards dans la démence miroitante ; c'est pourquoi il paraît que cette dernière commence tôt. La démence sénile miroitante apparaît le plus clairement dans l'état de la mémoire, voire dans la disparition de la mémoire du courant immédiat et la présence simultanée des réminiscences ; cela donne cliniquement le symptôme sénile connu : la mauvaise mémoire du proche, la bonne mémoire de l'ancien. La perte de la mémoire immédiate donne le symptôme non moins connu : les absurdités dans les commissions, la conversation et la conduite. La place des réminiscences immédiates disparues est prise par les confabulations ; ces dernières ont le caractère de la suggestion par soi-même et par autrui ; on peut les provoquer facilement dans la conversation en posant une question difficile ; ordinairement les confabulations séniles typiques ont le caractère prosaïque de tous les jours ; elles deviennent expressives dans la variété de démence sénile, qui

©BIUM

s'appelle presbyophrénie ; les confabulations presbyophréniques s'épanouissent, parce que la presbyophrénique est l'union de la démence mécanique et de la miroitante. La démence sénile miroitante se manifeste non seulement dans l'état de la mémoire, elle apparaît aussi dans la soumission passive, dans l'absence d'initiative et dans l'entêtement sénile, lequel dans sa psychologie est aussi la soumission, mais intérieure comme la soumission à l'ordre d'habitude.

La dernière étape c'est la démence automatique. Même ici le processus s'observe le mieux dans la mémoire ; dans le cas présent, c'est la disparition des réminiscences. Comme on sait, la mémoire individuelle ininterrompue commence à un âge variable, le plus souvent à 3 ans. En suivant ce processus, nous voyons que chez les déments séniles, les réminiscences disparaissent par zones : le malade d'abord vit dans l'âge présent, puis dans l'âge adulte, puis dans la jeunesse, etc. Plus étroit est le cercle des réminiscences, plus forte est la démence automatique ; elle apparaît complètement quand la mémoire individuelle disparaît tout à fait ; le malade devient comme l'enfant, c'est-à-dire comme un être sans mémoire individuelle et sans ce qui est lié avec celle-ci ; de cette manière apparaît le tableau qu'on peut se représenter même théoriquement : les malades peuvent oublier leur propre nom, ne se souviennent pas de leurs parents, confondent les personnes, perdent les notions de l'espace et du temps, perdent le langage qui se transforme dans un assemblage confus de mots ; la mémoire des réflexo-instincts et aussi la mémoire des fonctions primitives (les mouvements) restent intactes ; c'est pourquoi les malades passent sans but d'une place à l'autre, s'assoient, se lèvent, se couchent, mangent, prennent des objets (l'action de la préhension), ramassent les bagatelles, etc. ; c'est la démence automatique.

Les auteurs décrivent dans la psychose sénile la quatrième phase de la démence absolue, quand les malades sont paralysés, deviennent gâteux, même engloutissent mal, etc. Nous n'avons pas observé de cas pareils ; à notre avis, les cas semblables à la démence absolue

©BIUM

s'expliquent par deux causes : 1° l'obnubilation finale et l'état délirant ; ce dernier s'observe souvent dans la démence sénile et simule la dissolution grave ; 2° la faute de diagnostic : la démence absolue est décrite chez des malades non pas de démence sénile, mais de paralysie générale sénile. Les séniles, même dans l'état le plus inférieur de la démence, peuvent comprendre une question simple et donner une réponse assez raisonnable, c'est-à-dire conservent une certaine quantité de personnalité ; c'est la preuve directe que la démence absolue est absente.

Les signes spécifiques de la démence sénile sont donnés dans l'exposé précédent : ce sont le caractère progressif et la disparition successive des réminiscences dans un certain ordre, par zones.

La démence épileptique est le dernier représentant du groupe en question avec trois degrés de dissolution. Certes, nous avons en vue l'épilepsie genuine. La démence dans l'épilepsie n'est pas obligatoire, mais se rencontre souvent, dans 45-75 0/0 des cas : rarement dans la population libre et fréquemment dans les hôpitaux. Le degré de la démence épileptique dans la plupart des cas s'arrête à la phase mécanique, la démence miroitante est rare et incomplète, la phase automatique est seulement esquissée. Le tableau ordinaire de la démence épileptique des manuels se rapporte à la phase mécanique : pour l'épileptique démentiel, la partie (les mots isolés et les phrases courtes) est accessible, l'ensemble (la conversation fugitive, la causerie) s'échappe ; le simple (le tableau isolé) est raisonné, le compliqué (une série de tableaux) n'est pas aperçu et reste sans conclusions ; la pensée s'accomplit d'une manière si détaillée qu'elle tue l'auditeur ; la vie entière consiste en minuties : les choses se mettent en ordre, le porte-monnaie s'ouvre et se ferme, les cigarettes se comptent, le mouchoir se plie et doit être dans la place déterminée, le numéro du tram est noté, etc. ; le raisonnement extérieur, comme toujours dans la phase mécanique, reste intact : le malade est orienté et concis ; le côté formel de la psychique mécanique apparaît nettement, la lenteur et l'inhabileté des fonc-

©BIUM

tions psychiques ; la lenteur est si grande que la même action n'arrive pas à être terminée. La démence mécanique chez les épileptiques dure longtemps, ses traits sont isolés, la régularité extérieure du mécanisme psychique reste intacte, même dans les cas où le contenu psychique est rétréci jusqu'au minimum. Mais peu à peu apparaissent les signes qui indiquent le commencement d'un affaiblissement psychique plus profond : les épileptiques, malgré leurs prétentions irritables, se soumettent légèrement aux influences, en particulier si on les loue et si on cherche à gagner leur bienveillance ; leur travail parvient au miroitement pur, par exemple ils dessinent calligraphiquement les séries de chiffres, mais ne peuvent pas composer avec eux le diagramme le plus simple. La démence miroitante s'exprime aussi par un symptôme très connu : le rétrécissement concentrique de la psychique ; la vie psychique est diminuée jusqu'à un petit cercle de représentations, desquelles l'épileptique est bien maître ; mais ce cercle consiste en la répétition des mêmes événements, en d'autres termes c'est l'imitation du régime, de l'habitude et de soi-même. On peut parler de démence automatique quand l'épileptique est plongé dans un état durable d'obnubilation avec perceptions vagues et réminiscences presque absentes ; mais cet état n'est pas caractéristique de la démence, parce qu'il est très semblable à la stupeur et dépend de l'état de la conscience, pas de la dissolution.

La démence épileptique se développe lentement : la phase mécanique peut durer 5 ou 6 années ; la démence concentrique exige aussi des années ; la phase automatique est en rapport avec les excès, n'est pas longue et finit souvent par la mort. Le tableau extérieur de la démence épileptique est spécifique en lui-même ; le caractère nommé épileptique avec ses traits connus la fait plus spécifique encore ; les relations entre la démence et le caractère épileptique sont variées : il y a le caractère sans la démence, la démence sans le caractère, l'une et l'autre peuvent exister simultanément. Ces relations montrent que le caractère ne dépend pas de la démence, il est lié avec une autre cause quelconque.

©BIUM

La démence précoce, d'après le nombre de phases de la démence, appartient au groupe de processus ci-dessus exposé ; d'après le caractère et l'anatomie pathologique, elle apparaît comme quelque chose de singulier ; c'est pourquoi on doit la rapporter au groupe indépendant.

La démence schizophrénique est divisée ordinairement en faible, moyenne et grave ; cette division n'a pas d'échelle décisive ; c'est pourquoi les chiffres pour la même variété de démence précoce sont très variés ; par exemple, dans l'hébéphrénie, on observe, d'après Zablocka : la démence faible 58 0/0, moyenne 21 0/0, grave 21 0/0, d'après Mattauschek : la démence faible 9,3 0/0, moyenne 20,9 0/0, grave 67,4 0/0. A notre avis, la démence schizophrénique se divise aussi en trois degrés, mais l'échelle particulière biologique marque les limites entre eux ; en d'autres termes, dans la démence précoce on distingue trois phases : mécanique, miroitante et automatique ; la phase absolue est absente, c'est la particularité spécifique de la maladie.

Il n'est pas nécessaire de décrire chaque phase isolée ; c'est fait dans l'exposé général de la démence, dont l'étude est appliquée à la démence précoce. Nous nous bornerons à envisager quelques dates chronologiques et particularités spécifiques de la démence schizophrénique.

Comme on le sait, la démence schizophrénique se développe très rapidement, simultanément avec les premières manifestations de la maladie ; dans l'acmé de la démence précoce nous observons ordinairement des signes indubitables d'affaiblissement psychique. La phase mécanique apparaît pendant quelques mois et peut durer un temps variable, quelquefois la vie entière ; dans d'autres cas, elle est, au cours des deux ou trois premières années, remplacée par les phases miroitante et automatique ; ces dernières sont plus courtes que la mécanique. La somme du temps nécessaire pour le développement de toutes les phases, dans les cas les plus purs, est de 4 à 6 ans. La question la plus importante : la démence existe-t-elle nécessairement dans la schizophrénie ou non ? dépend certes

©BIUM

de la variété des opinions sur la façon de comprendre la démence ; d'après l'opinion que la démence mécanique, avec son intégrité des fonctions formelles, a des transitions imperceptibles avec l'état normal et peut assez bien satisfaire les exigences basses de la vie journalière, nous croyons que la démence est obligatoire dans la schizophrénie.

Les particularités de la démence schizophrénique sont très nombreuses : avant tout, le début précoce, ce qui explique pourquoi la démence en question est souvent associée ou compliquée d'hallucinations, d'idées paranoïdes, etc. La classification de la démence schizophrénique par *Kræpelin* souligne bien cette particularité : Kræpelin, entre autres formes, distingue la démence schizophrénique hallucinatoire, paranoïde, maniérée et négativiste ; à notre avis, ce ne sont pas les variétés isolées, mais des états mixtes.

L'absence des formes de défaillance (de perte partielle) apparaît comme une autre particularité de la démence schizophrénique : la forme korsakowienne n'est pas encore décrite dans la démence précoce ; la forme aphasique est très rare et connue par les noms des auteurs (*Wernicke* 1890, *Heilbronner* 1896, *Knapp* 1908) ; comme exception unique, on peut compter la schizaphasie ; si nous l'envisageons comme la perte partielle ou la défaillance prédominante d'une faculté (langage), elle se rencontre assez souvent.

Les sphères des émotions et de la volonté dans la démence précoce sont affectées plus gravement que la sphère intellectuelle ; deux variétés cliniques — la démence apathique et l'hébéphrénie — confirment cette particularité.

Il y a une particularité de la démence schizophrénique qui est liée avec la précédente ; elle n'a pas encore trouvé une bonne formule et un terme vrai. Les manifestations réelles de cette particularité sont les suivantes : la faculté psychique ne disparaît pas ; elle est seulement à l'état latent et peut se montrer dans certaines conditions ; nous en avons vu des exemples dans l'exposé de la démence miroitante, c'est le penser semi-libre ; comme un reste, la même chose peut apparaître

©BIUM

dans la phase automatique : le malade — automate complet extérieurement — extrait une racine carrée, même cubique ou cite assez bien l'histoire de la philosophie, s'y joignent les cas de la convalescence tardive (même d'après leur explication sceptique). Cette particularité peut exister dans la démence en général d'origine diverse, mais elle est très accentuée dans la démence schizophrénique. Les explications de la démence latente sont très nombreuses, mais nous les omettons (v. la psychologie du penser semilibre plus haut).

Les psychoses d'intoxication et d'infection constituent un groupe isolé dans leurs relations avec la démence.

La psychose alcoolique sera prise par nous comme le type des intoxications. L'affaiblissement psychique d'origine alcoolique a deux variétés : l'une, qui est la conséquence de l'alcoolisme chronique, l'autre qui est l'issue malheureuse de certaines psychoses alcooliques.

La première variété offre le tableau de l'alcoolisme chronique. L'insuffisance psychique de l'alcoolisme est indubitable : on peut (par les expérimentations et l'observation simple) constater que ses perceptions se font insuffisamment, l'attention est affaiblie ; il est peu capable de garder dans sa mémoire le matériel nouveau et difficile ; dans le domaine intellectuel nous trouvons les idées de suspicion, le langage avec le caractère du verbiage ; les altérations émotionnelles sont connues : l'irascibilité, la grossièreté, l'affaiblissement moral ; la volonté est altérée avec l'impossibilité de résister à l'alcool, le mauvais travail. Comment expliquer ces phénomènes ?

Les auteurs interprètent les signes ci-dessus énumérés comme l'altération de l'état ancien ; l'anatomie pathologique confirme cette opinion ; ainsi, l'insuffisance de l'alcoolique chronique est la dissolution, on ne peut pas l'appeler démence mécanique, mais elle s'interpose facilement dans cette vaste région intermédiaire à la santé et à la phase mécanique. D'après une autre opinion, la psychique de l'alcoolique chronique n'est pas la dissolution acquise, mais une qualité innée

©BIUM

de la personnalté, la qualité, qui fait de l'homme un alcoolique ; les altérations anatomiques sont indubitables, mais leur correspondance aux altérations psychiques n'est pas prouvée. Les deux opinions peuvent si bien être prises en considération, qu'il vaut mieux laisser la question ouverte.

L'autre modalité de la démence apparaît après quelques-unes des psychoses alcooliques ; le delirium tremens ne se guérit pas toujours et devient quelquefois chronique ; l'hallucinose alcoolique peut laisser après elle de la faiblesse de la critique, une conscience incomplète de la maladie, la perte de l'énergie, l'affaiblissement émotionnel et l'irritabilité. La forme korsakowienne alcoolique a une importance des plus graves, presque unique, dans l'origine de la faiblesse psychique ; les phénomènes amentifs-délirieux, qui s'observent souvent au début du syndrome korsakowien, peuvent donner l'impression de la démence aiguë, mais ce phénomène à ce moment n'est pas intéressant, ce qui nous intéresse, ce sont des cas, dont les symptômes aigus sont déjà passés, dont l'élément amentif-délirieux a disparu, les altérations névritiques également, et dont même les symptômes korsakowiens purs ou sont absents (les confabulations) ou considérablement diminués (les amnésies), mais où cependant le malade montre des signes indiscutables de faiblesse psychique : les perceptions récentes se fixent insuffisamment et ne s'élaborent pas, on peut indiquer des défaillances certaines dans le domaine des réminiscences immédiates ; l'initiative s'est affaiblie tellement que le malade ne peut pas se mettre à l'œuvre, la vivacité psychique est absente, les intérêts sont faibles et petits ; dans la sphère émotionnelle, il y a ou de l'humeur morne et méfiante ou — au contraire — l'euphorie ; dans les derniers cas, les malades sont insoucieux et croient que tout sera comme autrefois et tout de même pendant des mois et même des années ils restent dans les établissements comme assistés. Les derniers cas sont très caractéristiques et représentent un exemple indubitable de démence d'origine alcoolique ; dans chaque établissement, il y a deux ou trois

pareils malades, qui peuvent être étudiés spécialement. Le degré de cette démence n'est que mécanique, elle s'atténue s'il n'y a pas d'abus d'alcool, mais la santé psychique ne se rétablit pas.

Les autres intoxications — oxy-carbonées, saturnine, ergotique, pellagreuse — dans leurs relations avec la démence ressemblent à l'intoxication alcoolique, c'est-à-dire produisent quelquefois (raremnet en général) la faiblesse psychique irréparable. Le degré de la démence ne descend pas au-dessous de la phase mécanique. Même dans les cas les plus graves, par exemple dans la pellagre, la démence ne descend pas plus bas que la phase mécanique, comme on peut en juger par des recherches plus exactes (1). La littérature ancienne des intoxications saturnine et oxy-carbonée admettait des cérébropathies graves semblables à la paralysie générale, cela nous permet de supposer dans les intoxications indiquées, une dissolution plus grave que la phase mécanique ; l'anatomie pathologique (les vastes foyers de ramollissement d'origine vasculaire après l'intoxication oxy-carbonée) confirme cette supposition, mais dans la littérature plus récente de tels cas ne se rencontrent presque pas.

Ainsi, la caractéristique générale de la démence d'intoxication est la suivante ; elle n'est pas obligatoire et se rencontre assez rarement, le moment intermédiaire, l'affection des vaisseaux, joue un grand rôle dans son apparition, d'après le degré, elle constitue une démence mécanique et ne dépasse pas cette phase ; la démence d'intoxication, symptomatologiquement, est liée étroitement avec les formes de défaillance (perte partielle), en particulier avec celle de Korsakow ; elle se développe après les formes de défaillance et au moyen d'elles, quant à son évolution, c'est une démence stationnaire ou un peu régressive.

La démence infectieuse, par ses caractères généraux est analogue à celle de l'intoxication, elle n'est pas non plus obligatoire pour tous les cas de psychose

(1) A. Marie. — Folies pellagreuses. *Nouv. Icon. de la Salp.*, 1907.
Cregor. — Beitrage zur Kenntniss der pellagösen Geistesstorungen. *Jarhb. f. Ps.* 28, 1907.

©BIUM

infectieuse et se rencontre assez rarement. Dans la plupart des cas, elle est un reliquat du syndrome de Korsakow, qui peut quelquefois être remplacé par d'autres formes de défaillance ; il y a des cas, où la pauvreté de la pensée, la faiblesse du jugement, l'apathie émotionnelle et l'insuffisance de la volonté se développent, sans qu'il y ait intervention de la forme korsakowienne. Dans son évolution, la démence infectieuse est stationnaire, même un peu régressive. Même dans les cas les plus graves, elle ne descend pas au-dessous de la phase mécanique. Il ne faut pas confondre la démence infectieuse vraie avec le tableau de la démence aiguë qui se manifeste dans le stade du délire (plus exactement : comme un état délirieux stuporeux) et qui se termine par la mort ou la guérison. Les séquelles des infections dans le cerveau de l'enfant doivent être exclues, parce qu'il s'agit, non pas de démence, mais d'un arrêt ou d'un ralentissement du développement.

Il reste encore à parler de deux maladies, dont les relations avec la démence sont encore en discussion. Nous avons en vue la psychose maniaco-dépressive et la paranoïa.

La psychose maniaco-dépressive, dans sa nature générale, apparaît comme une maladie à laquelle la conception de démence ne convient pas : les hésitations épisodiques de la vie psychique, qui s'expriment par l'allègement ou par l'alourdissement des fonctions essentiellement normales, hésitations qui peuvent se répéter très souvent, quelquefois pendant toute la vie, donnent souvent de grandes perturbations de la vie psychique, et tout de même guérissent la plupart du temps, naturellement surgit l'impression que l'absence de dissolution psychique est le signe principal de la psychose maniaco-dépressive. La plupart des aliénistes sont de cet avis, mais avec cette restriction : la démence peut exister chez les maniaco-dépressifs, si la maladie principale est compliquée par l'artério-sclérose ou par les altérations séniles du cerveau. La complication n'est qu'un accident et ne peut pas résoudre la question. A notre avis, la démence maniaco-dépres-

©BIUM

sive est possible, elle coïncide avec la manie ou la mélancolie chronique, qui ne se rencontrent pas souvent ; en outre, chaque cas de manie chronique ne finit pas nécessairement par la démence, c'est pourquoi c'est dans cette psychose que la démence se rencontre le plus rarement. Sa courte caractéristique est la suivante : les symptômes habituels de manie ou mélancolie deviennent monotones et un peu absurdes ; l'incohérence des idées arrive jusqu'au bavardage tranquille mais incessant ; l'activité psychomotrice jusqu'à la mobilité stéréotypique et à l'assemblage des minuties ; les idées de grandeur maniaque ou d'autoaccusation mélancolique, jusqu'aux confabulations ; ces dernières sont particulièrement caractéristiques : leur présence démontre que les réminiscences perdent leur fonctionnement régulier ; une altération particulière s'accomplit aussi dans la mémoire du récent ; la mémoire du nouveau en général est conservée, mais tout ce qui concerne le temps récent s'est éclipsé de l'élaboration psychique, c'est pourquoi le malade vit seulement par le contenu acquis avant la maladie ; même la mort des parents, si elle s'est produite pendant le séjour du malade dans l'établissement, n'est pas reconnue, pourtant le malade est naturel, accessible, possède la vivacité psychique suffisante et conserve toutes les fonctions formelles. Cet état peut durer pendant plusieurs années sans donner ni rémissions, ni aggravation. Cette démence, d'après son degré, est clairement mécanique. Sa particularité spécifique, c'est qu'elle ne se rencontre pas séparément de la manie ou de la mélancolie chronique.

La démence dans la paranoïa admet deux solutions : 1. la démence dans cette maladie est absente et la pensée paranoïaque s'explique comme une modalité de la pensée émotionnelle, en d'autres termes, le penser paranoïaque n'est rien que l'entraînement exagéré ou l'erreur pathologique sous l'influence de désir ; le penser en question arrive quelquefois à l'absurdité, mais cela ne doit pas nous étonner, parce que nous connaissons les vastes dimensions des perversions d'origine émotionnelle ; 2. la démence paranoïaque existe, parce

©BIUM

que chaque idée paranoïde représente le penser archaïque (l'induction étroite, égocentrique et empirique) et par cela même entre dans le domaine de la démence mécanique. Je crois que la conception de la paranoïa est nécessairement liée avec la construction psychologique de la démence ; cette dernière, dans la paranoïa, porte une nuance émotionnelle (est, peut-être, d'origine émotionnelle), est partiale, se développe lentement, parallèlement au développement de la paranoïa elle-même ; d'après son degré, même dans son épanouissement, elle ne descend pas plus bas que la phase mécanique, elle ne progresse pas dans son évolution, en ne disparaissant jamais.

En résumé, la relation des processus pathologiques avec la démence peut être présentée de la manière suivante :

1. les maladies mentales qui ne produisent pas la démence : l'hystérie, le groupe entier des psychoses psychogènes ;
2. les maladies mentales qui donnent une démence obligatoire et sans arrêt avec 4 phases : la paralysie progressive ;
3. les maladies mentales dans lesquelles la démence est aussi nécessaire, mais peut s'arrêter ; la démence à trois degrés ; pas de démence absolue ou seulement des allusions à celle-ci : la psychose traumatique, tumorale, polysclérotique, luétique, artério-scléreuse, sénile, épileptique ;
4. la variété isolée du groupe précédent : la démence précoce ;
5. les maladies mentales qui produisent la démence mais très rarement ; la démence n'a qu'une phase mécanique : les psychoses d'intoxication et d'infection ;
6. les maladies mentales dont la démence est à discuter : la psychose maniaco-dépressive, la paranoïa.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 30 AVRIL 1928

Présidence de M. LEROY, Président

MM. Abély, Collet, Lauzier, Vignaud, Mme Minkowska, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. le Secrétaire général. — La correspondance manuscrite comprend : des lettres de M. le Dr Lauzier et de M. le Dr Noël qui remercient la société de les avoir nommés le premier membre correspondant et le second membre associé étranger;

une lettre de M. le Dr René Charpentier, secrétaire permanent des Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, demandant à la Société de se faire représenter au Congrès qui se tiendra à Anvers, du 23 au 28 juillet 1928, sous la présidence de MM. les professeurs H. Claude et Aug. Ley.

La Société consultée décide de se faire représenter par son bureau.

⁂

M. Leroy, *président.* — Messieurs. L'émotion que nous avons tous ressentie en apprenant, le jour même de notre dernière séance, la mort inopinée de M. le *professeur Pitres* montre quelle vénération la Société médico-psychologique avait pour un de ses membres

©BIUM

les plus illustres. Il y a près de 32 ans que ce collègue était des nôtres, ayant été élu membre correspondant le 30 novembre 1896, à la suite d'un rapport de M. Vallon.

Tous ceux d'entre nous qui l'ont connu, soit dans les Congrès, soit dans les réunions neurologiques, conservent le souvenir de ce grand vieillard aimable et courtois, resté toujours jeune, toujours actif et dont la renommée était universelle.

Il disparaît à 80 ans après un vie tout entière consacrée à la science. Interne de Charcot en 1872, il avait eu l'insigne honneur d'étudier, avec le maître, la théorie alors à ses débuts des localisations cérébrales. En 1878, lors de la fondation de la faculté de médecine de Bordeaux, *Pitres*, ancien élève de Ranvier au Collège de France, recevait, à 30 ans, la chaire d'anatomie générale. Trois ans après, il était choisi comme professeur de clinique médicale, poste occupé pendant 32 ans, jusqu'à sa retraite, avec un succès incomparable. Professeur disert et éloquent, polémiste de race, il préparait avec la plus grande conscience ses leçons cliniques si méthodiques et si originales. Les nombreuses générations de médecins formés par lui, l'affluence des auditeurs venus de toutes les parties de la France, la valeur de ses élèves constituent la meilleure preuve de l'autorité et de l'éclat de son enseignement.

Les suffrages unanimes de ses collègues l'avaient désigné comme Doyen, en 1885, et, pendant 21 ans, *Pitres* se monta l'animateur de la nouvelle faculté. Il était membre associé de l'Académie de médecine, correspondant de l'Institut et commandeur de la Légion d'honneur.

Le nombre et la valeur scientifique de ses publications sont considérables. Je citerai ses recherches sur l'épilepsie jacksonnienne, les dégénérations secondaires de la moelle épinière, l'aphasie, la sclérose en plaques, divers accidents du tabes. Nous connaissons tous le livre publié avec le professeur Vaillard sur les *Névrites périphériques* et le grand ouvrage, écrit en collaboration avec Testut, les *Nerfs en schéma*.

Pitres s'était intéressé également à la psychiatrie. Appelé à la présidence du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* de Nancy (1896), il saluait les grands aliénistes français et montrait combien neurologistes et psychiatres sont unis par des liens nécessaires. Ecoutons ses paroles qui restent d'actualité : « La division en deux groupes séparés de l'armée des travailleurs s'occupant des maladies nerveuses et mentales est tout à fait artificielle. Elle ne repose sur aucune idée générale. Elle est en opposition avec la nature même des choses. Scientifiquement, elle est irrationnelle. Pratiquement, elle aurait pour résultat de fragmenter l'étude des maladies qui sont unies et ne peuvent bien être connues que si on les envisage dans l'ensemble de leurs manifestations... Il est indispensable de compléter les unes par les autres les recherches des neurologistes et des aliénistes. Elles sont absolument solidaires. Elles marchent de pair. Elles ont les mêmes objets, les mêmes tendances, les mêmes méthodes, le même but ».

Ses *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme* marquent une époque de l'histoire de la névrose. Sur ce point, il a été dépassé, mais rappelons-nous qu'elles parurent en 1891, et que lui-même rendît justice au progrès indéfectible.

Enfin, de même que Charcot avait collaboré avec Magnan, *Pitres* s'était associé avec Régis dans leurs études sur *Les obsessions et les impulsions*, témoignage de l'estime et de l'affection unissant ces deux grands maîtres de Bordeaux, que nous pouvons rapprocher dans une même gloire. Bien avant le livre de Devaux et Logre sur les anxieux, bien avant les travaux de Dupré sur la constitution émotive, ils prouvaient — en décrivant l'éreuthophobie — que l'obsession est, avant tout, non pas une maladie de l'intellectualité ou de la volonté, mais une maladie de l'émotivité.

Pendant la guerre, notre confrère avait été nommé directeur du centre neuro-psychiatrique du Sud-Ouest, mettant ainsi son dévouement et son expérience au service de nos blessés.

©BIUM

La Société médico-psychologique gardera fidèlement la mémoire du *professeur Pitres,* chef d'école et homme de bien, dont la longue existence a été un modèle de labeur, de probité scientifique et d'honneur professionnel.

Attentat contre le Dr Jean Salomon

M. Leroy. — Messieurs, Nous avons été douloureusement impressionnés en apprenant l'attentat dont vient d'être victime le Dr Jean Salomon, médecin-directeur de l'asile de Vannes. Une lettre de lui, adressée à notre Secrétaire général, vous intéressera : « J'ai frôlé la mort de bien près et nous avons eu, au début, une certaine inquiétude, car l'on pensait à une perforation du poumon. Fort heureusement, il n'en était rien. Le malade, à l'insu de tous, avait décidé ma mort depuis quatre mois et, dans ce but, avait préparé un stylet de 3 m/m 1/2 de diamètre et de 12 centimètres de longueur bien aiguisé en fer de lance. Il a voulu me frapper par derrière dans la région du cœur. Par bonheur, j'aperçus vaguement un geste esquissé derrière moi et je me baissai instinctivement. Le coup frappa un peu haut et obliquement, faisant dans les muscles un trajet de 12 centimètres au niveau de l'épine de l'omoplate. Un second coup à l'occiput se contenta de décoller 3 cm. de périoste ». La blessure eût pu être mortelle, nous nous félicitons de savoir notre collègue actuellement hors de danger.

Ce n'est pas hélas ! une exception que de voir des médecins blessés plus ou moins grièvement et même succomber aux entreprises criminelles des aliénés. Le martyrologe de la psychiatrie est une des pages qui honore grandement notre profession.

Je suis assuré d'être votre interprète en adressant au Dr Jean Salomon, au nom de la Société médico-psychologique, l'expression de notre profonde sympathie et nos meilleurs vœux de complète et prompte guérison.

©BIUM

De la survivance de l'affectivité au naufrage de l'intelligence dans certaines psychoses chroniques.

par Paul COURBON

Je voudrais, à propos de deux malades, attirer l'attention sur un syndrome paradoxal que l'on rencontre parfois dans la masse si peu connue des aliénés de longue date, parmi ces piliers d'asile que l'on peut appeler les vétérans de l'aliénation. Ce syndrome est caractérisé par l'union de la déchéance intellectuelle apparemment la plus absolue, et de la persistance de l'affectivité la plus exquise.

D'une part, ces malades dont le calme est parfait, font dans les absurdités et les contradictions de leurs réponses et de leur conduite, preuve d'une absence de mémoire, de raisonnement et de jugement stupéfiante : ils ignorent leur âge ; ils ne savent dire entre le garçon de 20 ans et l'adulte de 60 ans qu'on leur montre quel est le plus vieux ; ils n'arrivent même pas à formuler des idées nettement délirantes ; ils ne prennent aucun souci de ce qui se passe autour d'eux, de leur toilette, d'eux-mêmes. D'autre part, au contraire, ils font preuve d'une bonté toujours en éveil, d'un dévouement infatigable et d'une sagesse étonnante par l'habileté avec laquelle ils s'occupent de leurs compagnons invalides et souffrants. C'est dans le quartier des gâteux que l'on rencontre ces samaritains aussi experts à panser autrui qu'impuissants à penser eux-mêmes.

⁂

La première est une ancienne domestique, âgée d'une soixantaine d'années, quand je l'employai chez moi comme aide-domestique à Stéphansfeld.

Elle ignorait non seulement la date de son arrivée à l'asile qui remontait à une trentaine d'années, mais

©BIUM

encore son âge et les renseignements qu'elle fournissait sur son passé, sur sa famille étaient extrêmement vagues et contradictoires. Incapable d'indiquer la nature de l'établissement, pourquoi elle y était, pourquoi les autres s'y trouvaient, elle se dérobait à toute conversation, se cantonnait dans la besogne manuelle qu'on lui donnait. Très souvent, elle s'absorbait en de longs soliloques vides de signification, pendant lesquels, il lui arrivait souvent de rire aux larmes et plus rarement de se fâcher. Quand on les interrompait, il était impossible de reconstituer ses états de conscience, tellement ses réponses, pleines de néologismes, étaient dépourvues de sens. Et ce qui augmentait pour moi la difficulté, c'est qu'elle ne parlait que l'alsacien et ignorait l'allemand et le français. Elle était incapable d'un jugement correct, déclarant par exemple que telle malade, âgée de 18 ans, était plus vieille qu'elle. On ne pouvait pas savoir le nombre de ses parents, leur profession, leur existence ou leur mort, tellement ses réponses étaient contradictoires. Elle ne paraissait d'ailleurs aucunément privée d'eux, ni de ses amis d'antan, ne réclamait jamais rien pour elle-même, négligeait sa toilette, ne se souciait nullement de ce qui se passait autour d'elle.

Or, cette femme dont l'aspect extérieur était celui d'une démente abrutie, faisait preuve d'une sollicitude et d'un dévouement admirables pour tous les êtres souffrants ou faibles de son entourage. Au quartier des gâteuses où elle était, elle se dépensait à changer les gâteuses, à leur donner à manger et à boire, à panser leurs escharres, à entourer leur agonie des plus minutieuses attentions. Il fallait user de ruse pour enlever les mortes, car elle refusait de croire à la cessation de la vie. Et plusieurs fois, on la surprit cherchant à escalader la fenêtre de l'amphithéâtre pour aller prodiguer ses soins aux cadavres. Elle ne consentit à venir travailler chez moi où elle fut occupée pendant 4 années que parce qu'il s'agissait de la basse-cour. Et elle y passait ses journées à cuire et recuire les aliments, à nettoyer, à laver, à sabler, à empêcher

©BIUM

les batailles. Il fallait assister à ses propres repas et la faire manger devant soi, sans quoi elle portait sa viande aux poules. La naissance d'une couvée ou d'une portée de chats ou de chiens la plongeait dans le ravissement. Elle soignait surtout les petits et les malades. Quand une poule avait la pépie, elle la gardait presque constamment sur les genoux de peur qu'elle ne fut bousculée par les autres. Et quand on voulait saigner un poulet, il fallait l'éloigner pour éviter sa résistance et ses larmes. Maintes fois, elle me demanda de signer sa sortie pour emmener tout le poulailler, les chiens et les chats dans la maison de son enfance au village natal dont elle n'avait pas reçu de nouvelles depuis des dizaines d'années.

Faisant en outre, les ouvrages qu'on lui prescrivait quand on prétextait que la domestique était fatiguée, elle ne se souciait pas du tout de la vie des maîtres et de leurs invités. C'est ainsi qu'elle n'avait en rien manifesté sa présence à deux jeunes filles pleines de santé et de turbulence qui firent chez nous un séjour d'un mois ; mais l'une de ces petites ayant gardé la chambre pendant quelques jours pour une angine, spontanément, Elise que l'on n'avait pas prévenue spécialement, vint quotidiennement plusieurs fois dans la chambre de la malade lui monter des boissons chaudes et s'enquérir de son état.

D'ailleurs si l'on avait la patience de la harceler de questions, et si pour lui donner du zèle on la menaçait de la maintenir au lit dans une chambre seule, on obtenait sur son passé des renseignements dont on l'aurait crue incapable : son métier de cuisinière en Amérique ; les villes où elle séjourna ; le nom de certains patrons ; la mort de ses parents.

En outre, elle proportionnait aux grades de ses supérieurs, le respect avec lequel elle acceptait les ordres. Elle obéissait toujours au médecin sans discussion, elle parlementait avec les sœurs, mais elle injuriait les infirmières quand on voulait l'empêcher de bourrer ses poches d'aliments pour les animaux.

Depuis mon départ de Stéphansfeld, elle n'a jamais

©BIUM

demandé des nouvelles de personne, sauf des animaux que j'ai emmenés.

La seconde qui est actuellement dans mon service de Vaucluse est précisément originaire d'Alsace et ancienne domestique également. Elle est internée depuis 5 ans. Mais on trouve la trace de 2 de ses séjours à l'asile en 1903 et en 1904 avec ce certificat de Magnan : dégénérescence mentale avec hallucinations, délire polymorphe, idées mystiques, ambitieuses et de persécution (6 mai 1904). Et depuis cette date, d'après sa famille, elle fut toujours incohérente.

Elle aussi a de gros troubles de la mémoire et fournit des réponses contradictoires et absurdes. Elle répond vaguement à la question, puis si on la stimule, enfile des phrases où l'on reconnaît vaguement des idées de persécution ou des troubles cénesthésiques: « Je suis de Weinburg que j'ai quitté à 16 ans, parce que ça ne me plaisait pas, et pour être bonne à tout faire, à Paris... Ça ne me convient pas, ça abîme la mémoire d'être après moi. Et je me trouve si ordinaire, si mal faite. Je ne me trouve plus à la hauteur, plus si propre, pas bien à côté des autres. J'ai ma jambe brûlée par des varices. C'est ma mère qui m'a brûlée avec des pommes de terre quand j'étais petite, et mon mari m'a brulée aussi. (Elle est célibataire). On devient ordinaire. C'est un nez ordinaire (elle se le frotte). J'étais fine, je n'avais pas ce gros nez.

Interrogée sur son passé, elle cite des noms sans qu'on puisse préciser s'il s'agit de parents ou de voisins ou d'êtres imaginaires et ajoute : « le Christ m'a photographiée, c'était un voisin qui avait le bleu de froid, qui essayait de se déguiser, de s'habiller en très cher, en soie. Il n'était pas riche, il était ordinaire. J'avais justement une petite robe à étrenner et ma mère m'a au contraire déshabillée, ça ne m'a pas arrangée non plus ». Interrogée sur son présent, elle répond, tantôt qu'elle est ici chez elle avec ses parents, tantôt qu'elle est chez des patrons à faire la cuisine, tantôt qu'elle est dans un restaurant. Cependant, en la secouant, en lui demandant ce que font les voisines,

les infirmières, l'interlocuteur, on arrive à la faire déclarer qu'elle est dans un hôpital et qu'elle a dû être malade. Mais aussitôt après, elle retombe dans ses fausses reconnaissances, donnant à ses compagnes des identités différentes, les prenant pour des amies ou des parentes.

Son père et sa mère sont morts ici dans un pavillon l'an dernier, dit-elle, puis quelques instants après, elle déclare les entendre, à un autre moment, elle répond qu'ils sont en Alsace. « Il me reste une mère au premier que je prends pour la fille Urbain et qui est en réalité ma fille. »

Ses sœurs étant venues la voir après les années de séparation de la guerre. Elle les a reconnues, les a appelées par leurs noms. Mais elle ne s'est en rien enquise du pays et des parents. Elle les a rapidement quittées pour aller vers ses pauvres malheureuses, les gâteuses qui la réclamaient leur, a-t-elle dit.

Elle ne se lie absolument pas avec les infirmières et les malades de l'équipe des travailleuses de son quartier. Elle les accompagne docilement aux corvées. Mais les abandonne pour consoler telle mélancolique qui pleure dans un convoi d'entrantes. Et aux heures des repas, elle quitterait la table si on ne l'y maintenait, et si l'on ne la forçait pas à y manger, pour porter ses aliments aux malades du dortoir. C'est là quelle se tient perpétuellement occupée à présenter des bassins, à retaper des couvertures, à moucher des nez, à torcher des yeux, à changer des alèzes, à laver des fesses, à panser des escharres, à chasser des mouches, à donner des potions, à entonner des assiettes de soupe des cuillerées de hachis. Tout cela, elle le fait avec beaucoup d'adresse, de patience et de douceur, accompagnant ses gestes de paroles sans signification, mais carressantes. Souvent, il faut modérer son zèle, surtout auprès des agonisantes que sa sollicitude étoufferait parfois. « Qui est-ce qui lavera le cucu de ma pauvre tante », s'écria-t-elle, un jour, en voyant emmener par sa famille une asystolique qu'elle soignait avec amour.

Elle aussi s'accroche aux garçons d'amphithéâtre qui

©BIUM

viennent chercher les cadavres, et les suivrait jusqu'au bout si on ne l'arrêtait pas et si on ne détournait pas ses regrets en la replaçant devant une vivante qui réclame des soins urgents. Car sa mémoire a vite oublié les absents.

Cependant, il lui arrive parfois de s'écrier : « pauvres petites Durand qui ont perdu leur mère, que vont-elles devenir ? » faisant allusion à la mort d'une infirmière qui survint lors de son premier internement, il y a 24 ans de cela et les petites, ainsi plaintes, ont maintenant 30 ans.

Depuis quelques années, le travail est moins régulier. Il est interrompu par des contemplations silencieuses et par des rêveries agrémentées de soliloques dépourvus de sens. Mais qu'une malade appelle, qu'un cri soit poussé, qu'une grabataire se retourne dans son lit, instantanément la rêveuse accourt et prodigue l'assistance nécessaire.

⁂

Il s'agit donc de 2 femmes appartenant à la même classe sociale des plus humbles domestiques, toutes les deux atteintes de troubles mentaux remontant à plus de 20 ans ; et dont chacune présente une activité altruiste admirablement organisée au milieu du désordre le plus incohérent et le plus absurde de la pensée, du langage et de la conduite.

Les cas analogues posent deux problèmes, l'un de nature psycho-clinique concernant l'identification des symptômes mentaux l'autre de nature nosographique concernant la place de ces syndromes dans la nosographie.

I. **Identification des symptômes mentaux.** — A première vue, il semble que, comme l'indique le titre de la communication, il s'agisse chez nos sujets d'une atteinte du psychisme limitée aux facultés intellectuelles (attention, mémoire, jugement, raisonnement) et respectant l'affectivité (sentiments).

Cependant, en observant les faits de plus près, on

©BIUM

constate que d'une part la ruine des facultés intellectuelles est moins absolue, qu'elle ne le paraît et que d'autre part l'affectivité n'est pas intacte.

a) La ruine des facultés intellectuelles n'est pas absolue. La preuve en est tout d'abord dans la possibilité même d'accomplir logiquement les actes altruistes: ces malades ne font pas de bêtises en portant secours aux malheureux ; elles ne confondent pas le médicament de l'une avec le médicament de l'autre ; elle ne les ébouillante pas en les lavant ; elles n'ont pas d'initiative désastreuse ; elles appellent les infirmières ou les médecins quand le cas ne leur paraît pas clair. De plus, si on les interroge avec patience, si on répète les questions, si on leur fait constater leurs erreurs, leurs absurdités, ou leurs contradictions, on obtient des rectifications, elles reconnaissent la saison actuelle ; elles ont plus d'égard pour une infirmière que pour une malade, plus pour une sœur que pour l'infirmière et plus pour le médecin que pour la sœur. Enfin, pour obtenir le but poursuivi, elles savent simuler et mentir ; prétendre avoir oublié quelque chose au quartier pour quitter l'équipe et courir au poulailler par exemple.

On peut donc conclure que malgré leurs oublis, leurs incohérences, leurs insanités, ces sujets n'ont *pas perdu la mémoire, le jugement, le raisonnement et la volonté.*

b) L'affectivité n'est pas aussi intacte qu'elle le paraît. Leur altruisme est magnifique, puisqu'elles se consacrent aux malheureux et aux faibles. Mais l'altruisme ne résume pas à lui seul l'expression de la totalité des tendances affectives de l'homme. A côté de l'affectivité altruiste qui nous porte à sympathiser avec autrui et à rechercher son bien, il y a l'affectivité intellectuelle qui nous porte à chercher l'explication des choses, l'affectivité morale qui nous porte à rechercher un idéal, l'affectivité esthétique qui nous porte à rechercher notre propre bien, l'affectivité instinctive enfin qui nous porte à rechercher la satisfaction des divers besoins sexuels et nutritifs.

©BIUM

S'il est vrai que l'affectivité ne soit pas développée également dans toutes les directions chez un individu normal, du moins retrouve-t-on chez lui chacune de ces tendances.

Or, nos malades sont uniquement altruistes. Elles n'ont pas même ce rudiment de l'affectivité intellectuelle qu'est la curiosité chez les gens sans instruction et peu intelligents. Elles n'ont pas même ce rudiment de l'affectivité esthétique qu'est la propreté de la mise chez la femme la moins coquette. Elles n'ont pas même, surtout la première, le moindre rudiment de l'affectivité morale que représentent les gestes religieux. Elles n'ont ni égoïsme, ni gourmandise, ni même appétit, puisqu'il faut les faire manger devant soi, sans quoi, elles partagent leurs aliments entre leurs compagnes et les animaux. On peut donc conclure que l'*affectivité n'est pas plus respectée que l'intelligence, qu'elle est énormément rétrécie.*

c) Etant donné ces premières conclusions sur l'atteinte double de l'intelligence et de l'affectivité ; on ne peut pas ne pas être frappé du fait qu'il n'y a incohérence que là où il y a désintérêt et qu'il y a cohérence là où il y a intérêt. Chaque fois qu'il s'agit de compatir, nos malades agissent d'une façon fort correcte, fort logique. Quand au contraire, la compassion n'est pas en jeu, elles agissent d'une façon extravagante ou s'abstiennent. Une troisième conclusion semble donc s'imposer : c'est que *les troubles de l'intelligence sont en grande partie conditionnés par ceux de l'affectivité.* Les oublis, les illogismes, les contradictions, les extravagances de ces malades ne sont par conséquent pas le fait d'une perte notable du jugement, de la mémoire, du raisonnement ; ils sont le fait du non-emploi de ces facultés pour des fins jugées inintéressantes. Nos malades sont plus des distraites, n'utilisant pas leurs moyens intellectuels que des insensées ayant perdu ces moyens.

En termes psychologiques, on peut dire que de toutes les techniques dont ils ont encore la libre disposition, ces malades ne recourent qu'à celles qui sont

©BIUM

nécessaires pour satisfaire le désir qu'ils éprouvent. Insoucieux de se représenter les choses et de les comprendre, ils ne se servent plus de la technique des concepts ; de là vient l'absence de signification de leurs idées. Insoucieux de se contrôler et de prévoir l'avenir, ils ne se servent plus de la technique, de la logique, de là viennent leurs contradictions. Insoucieux du passé et de l'avenir, des devoirs et des plaisirs sociaux, ils ne se servent plus de la technique de la localisation des souvenirs ; de là viennent leurs oublis, leurs erreurs. Insoucieux de communiquer leurs pensées à autrui, ils ne se servent plus de la technique du langage ; de là viennent leur aversion de la conversation, les incorrections de leurs phrases, leurs néologismes. Mais, dans le cas particuliers, ces deux femmes ne désirant qu'une chose ; la satisfaction du besoin qu'elles éprouvent de secourir les faiblesses et les souffrances perçues, la seule technique qu'elles emploient est celle du soulagement d'autrui. Elles n'usent plus, si l'on peut ainsi parler que de la technique de la bonté.

d) Une dernière remarque est à noter concernant le fait que la survivance affective a porté uniquement sur l'altruisme. Vraisemblablement ce sont toujours les tendances les plus puissantes qui résistent le plus longtemps. Et ces braves filles furent sans doute toute leur vie des êtres de dévouement. Mais j'ignore leur passé.

D'ailleurs la survivance affective peut porter sur d'autres tendances. C'est de la sorte que s'explique la conservation d'une activité professionnelle parfois admirable chez certains vétérans de l'aliénation tombés dans l'incohérence et l'indifférence pour toute autre chose et pour tout être, mais qui avaient été jadis d'exellents ouvriers.

Résumant les données de la discussion de ce premier point concernant l'identification des symptômes élémentaires considérés, ou peut dire que contrairement aux apparences l'affectivité est aussi touchée que l'intelligence, et que les troubles de celle-ci sont consécutifs

©BIUM

aux troubles de celle-là, l'incohérence, les absurdités et les contradictions du sujet ayant pour fondement le désintérêt qu'il éprouve pour les circonstances où elles se produisent.

Si l'on me permet de continuer la métaphore indiquée dans le titre de la communication, j'écrirai : D'une part, le naufrage de l'intelligence n'est pas aussi absolu qu'on le croit : mémoire, jugement, attention, raisonnement, n'ont pas sombré, mais restent cachés entre deux eaux, prêts à émerger au premier appel assez fort. D'autre part, la survivance de l'affectivité n'est également pas aussi complète : seule de toutes les tendances la sympathie a surnagé, appelant à elle mémoire, jugement, raisonnement et attention pour inspirer au sujet les seuls actes logiques et coordonnés dont il soit spontanément capable, c'est-à-dire des actes d'altruisme.

II. **Classification nosographique.** — Où doit-on classer un tel syndrome paradoxalement constitué par un mélange de cohérence et d'incohérence intellectuelles, de désintérêt et d'intérêt affectif ?

a) Dans la démence ? Je ne le crois pas, si comme je le pense, on ne doit donner ce nom qu'aux états de déchéance psychique frappant l'individu dans les œuvres vives de son psychisme : l'affectivité, le jugement et la mémoire, faisant de lui un être incapable de toute activité coordonnée et utile.

En effet, nous avons vu que dans ce syndrome il y a intégrité relative des facultés intellectuelles et que si l'affectivité est rétrécie, il n'y a pas d'obtusion des tendances survivantes.

D'autre part, le travail social fourni par de tels malades est extrêmement précieux. Assurément, on ne peut pas leur confier la direction d'un service hospitalier. Il faut les surveiller, les tirer par instant de leur rêverie, leur rappeler l'heure. Mais tous comptes faits, ils s'acquittent parfois bien mieux de leur besogne que beaucoup de mercenaire. Leurs distractions ne sont pas plus néfastes que la paresse, l'étourderie, le

©BIUM

dégoût de bien des gens normaux. Les chefs du quartier des gâteux préfèrent souvent se priver de tel ou tel infirmier, bon raisonneur, mais indiscipliné ou fainéant que de tel de ces malades incohérents en paroles, mais vaillants à l'ouvrage.

b) Dans la schizophrénie ? Remarquons tout d'abord que la précision de ce terme est loin d'être établie. Pour beaucoup d'auteurs, à commencer par son parrain, le mot schizophrénie n'est qu'une étiquette nouvelle dont on recouvre des syndromes mentaux qui portent déjà un nom dans la science, notamment des syndromes, psychasthéniqie, démence précoce, états mixtes de psychose maniaque dépressive, etc.

Pour ma part, je crois que ce terme schizophrénie est parfaitement légitime pour des syndromes mentaux qui étaient mal connus avant Bleuler, syndromes où l'inadaptation du sujet à la réalité, résulte, non de la ruine de ses facultés intellectuelles, mais de leur orientation vers un objet intérieur, syndromes caractérisés par une activité autistique.

Chez les schizophrènes, comme le dit Minkowski, c'est le dynamisme qui fléchit avant tout, tandis que ce qui a trait au savoir, aux facteurs rationnels du psychisme reste intacte. Or, tel est bien le cas de nos deux malades dont l'incohérence, les oublis, les contradictions ont pour condition un état de distraction et non une incapacité réelle de comprendre et de se souvenir.

Mais l'altruisme passionné et fécond qui constitue le caractère essentiel de mes malades n'est-il pas une preuve de syntonie ? et d'après les inventeurs de la schizophrénie, la syntonie ne suffit-elle pas à invalider le diagnostic de schizophrénie ?

Pour moi, je serais assez tenté de ranger néanmoins sous cette rubrique les malades ici étudiées. Ils ont une schizophrénie incomplète. Ils ne sont pas totalement coupés de la réalité ; mais ils sont fortement entamés. Et si les partisans de la schizophrénie ne me permettent pas cette intégration, j'inventerai à mon tour un néologisme en disant : si ces malades ne sont pas des

©BIUM

schizophrènes ce sont des épitemnophrènes, επιτεμνω signifiant j'entame.

⁂

Conclusions. — Malgré une incohérence formidable du langage et de la conduite, une indifférence énorme pour les événements et les personnes de l'entourage, une négligence absolue de soi-même, certains aliénés chroniques, internés depuis de nombreuses années à l'asile, conservent une activité altruiste admirablement bien coordonnée et adaptée, mais qui ne s'exerce que pour les êtres apparemment faibles ou souffrants. Contrairement à ce qu'il semble de prime abord, les troubles intellectuels sont en réalité moins profonds que les troubles affectifs. Il s'agit d'une rétraction de l'affectivité par suite de laquelle les éléments intellectuels, quoique toujours existant ne peuvent plus être utilisés que pour la satisfaction des tendances survivantes. D'où, dans le cas particulier, absurdité de la conduite pour tout ce qui n'est pas altruisme. Dans d'autres cas au lieu de la sympathie, c'est l'amour du métier qui persiste, d'où conservation d'une activité professionnelle parfaite, au milieu de l'absurdité de la conduite.

Ces cas ne ressortissent pas à la démence, puisque le sujet est affectueux et est capable de jugement, et de mémoire. Ils peuvent être intégrés à la schizophrénie, car si l'adhérence du sujet à la réalité n'est pas entièrement sectionnée, elle est du moins fortement entamée.

La malade est présentée devant la Société. Spontanément, elle parle avec loquacité et de manière peu cohérente.

M. Guiraud. — Voulez-vous nous dire comment vous faites une omelette ?

R. — Je casse mes œufs, je les bats, je mets du sel, du poivre.

D. — Dans quoi les faites-vous cuire ?

R. — Dans une poêle.

©BIUM

D. — Avec quoi ?
R. — Avec du beurre ?
D. — Combien mettez-vous d'œufs pour trois personnes ?
R. — ...Six.
D. — Que mettez-vous pour un pot-au-feu ?
R. — De la poitrine de bœuf.
D. — Et ensuite ?
R. — Des légumes, des carottes, des navets.
D. — Combien de temps faites-vous cuire ?
R. — Cinq heures.
D. — En quel tissu est ce mouchoir ?
R. — En lin.

Discussion

M. P. Janet. — Cette malade est particulièrement intéressante. Elle présente une déchéance mentale évidente, qui va jusqu'à un certain point, mais pas au delà. L'analyse du psychisme doit se faire par le niveau des conduites mentales. M. Piaget a étudié les enfants d'après ce point de vue. Il montre que les enfants peuvent avoir une certaine intelligence sous forme de conduite motrice, mais n'arrivent pas au niveau de la conduite verbale.

On peut faire une vérification inverse par l'étude des régressions démentielles. Je crois que la malade mérite d'être rangée dans la catégorie de la démence. Elle mélange tout, elle n'a pas d'expérience. Il est intéressant de constater que la conduite du niveau social persiste. De même le sentiment de compassion, le dévouement sont conservés.

M. Piaget la classerait environ à l'âge de six ans. Les questions auxquelles elle a répondu devant nous, sur le pot-au-feu, montrent qu'elle a conservé la mémoire des actes intellectuels élémentaires.

Elle a perdu la conduite de croyance et de raisonnement, mais elle a conservé la conduite altruiste. Il est curieux de se demander si les êtres inférieurs ne sont pas moins égoïstes que nous. Pour doser jusqu'où va son affaiblissement intellectuel, il faudrait savoir si elle est capable de tenir une promesse, si elle sait mentir.

©BIUM

M. GUIRAUD. — J'insiste de nouveau sur ce point que les malades de ce genre (presque toujours anciens délirants) ne subissent pas une atteinte intellectuelle globale et régulièrement diffuse. Quand on les laisse parler spontanément ou quand on ne maintient pas leur attention bien fixée, ils parlent de manière inlassable et incohérente ; ils expriment alors leur pensée délirante — ou autistique si l'on préfère — faite de formules stéréotypées d'abréviations elliptiques, de répétitions, d'associations d'idées obligatoires. C'est un délire résiduel ayant perdu beaucoup de son intensité affective et s'exprimant par une sorte d'automatisme verbal. Un examen complet utilisant les renseignements fournis par l'entourage, les idées délirantes d'autrefois, les associations d'idées familières, permet souvent d'expliquer en grande partie cette loquacité d'apparence démentielle. Mais quand ils sont maintenus en dehors de leur pensée délirante, replacés sur le plan de la vie courante, ces malades s'expriment avec lucidité et logique ; leur langage est parfaitement adéquat à leur pensée normale. Toutes les réponses que la malade m'a faites ont été exactes, elle n'a dit ni un mot de trop ni un mot de moins. Les anciens auteurs, Falret en particulier, avaient précisé ces particularités cliniques. Arnaud en a donné une description frappante dans le traité de G. Ballet. Je ne considère pas cette malade comme une démente. M. Courbon a signalé qu'elle savait mentir et observer.

M. MINKOWSKI. — Le titre qu'avait choisi M. Courbon ne laissait pas prévoir le diagnostic de schizophrénie, car, au fond, dans ce titre la formule de la schizophrénie se trouve inversée. Mais comme l'a si bien montré M. Courbon dans l'analyse psychologique du comportement de ses deux malades les facultés intellectuelles sont bien moins troublées et l'affectivité bien plus touchée qu'elles ne le paraissent à première vue ; c'est un trouble de l'affectivité qui semble devoir être mis, en fin de compte, au premier plan ; ce trouble a cela de particulier qu'il se manifeste uniquement par rapport à certaines situations ambiantes ; il ne

©BIUM

suit pas non plus la hiérarchie naturelle des tendances. Le diagnostic de schizophrénie me paraît on ne peut plus légitime. Toute une série de symptômes cliniques viennent confirmer ce diagnostic. Quant à l'activité altruiste, elle ne l'infirme point ; nous ne saurions même pas considérer cette activité comme expression de syntonie réelle. La syntonie vise le comportement de la personnalité tout entière par rapport à l'ambiance, tandis que chez les malades de M. Courbon l'activité altruiste met avant tout en évidence la discordance profonde qui existe dans leur sphère affective. A ce point de vue ces malades se laissent subordonner aussi bien à la notion de schizophrénie de Bleuler qu'à celle de folie discordante de Chaslin.

M. COURBON. — Les conceptions de M. Janet sur la dégradation de la tension psychologique, que nous connaissions tous, sont, comme il vient de le montrer, très précieuses pour l'explication de ces syndromes. De plus, le contraste chez ces malades, entre leur correction aisée sur le plan de l'action et leur lamentable attitude sur le plan verbal rappelle, comme il nous le dit, l'enfant. Cependant, malgré un certain degré d'affaiblissement intellectuel probable, ces malades conservent la capacité d'exposer verbalement et très correctement, la théorie de leur pratique. L'art de M. Guiraud à sonder les consciences, l'a très rapidement mis en évidence chez cette femme, par les réponses qu'il en a obtenues. Quant à la possibilité de ces sujets à s'élever jusqu'à la croyance, elle est prouvée par leur capacité de feindre et de rappeler à autrui les promesses non tenues. Maintes fois, la première malade me reprocha de n'avoir pas encore signé le bon de son départ avec les animaux. Enfin, je suis heureux de l'approbation de mon diagnostic de schizophrénie par M. Minkowski. Si, comme il le dit, l'altruisme de ces sujets n'a pas la même composition que celui des gens normaux, il l'égale parfois et même le dépasse à certains points de vue.

©BIUM

Psychose paranoïaque à forme hallucinatoire

par MM. Roger DUPOUY, Jean PICARD et Pierre MASQUIN

Nous serions heureux d'avoir l'avis des membres de la Société médico-psychologique au sujet de cette malade dont le cas nous semble particulièrement délicat tant au point de vue du diagnostic clinique que de l'interprétation dogmatique et séméiologique du syndrome hallucinatoire.

Mme Yvonne R..., âgée de 36 ans, entre à l'hôpital Henri-Rouselle, le 15 avril dernier, pour état délirant d'évolution déjà ancienne. Des plaintes aux autorités, des réactions de plus en plus menaçantes, une tentative de suicide, décidèrent son mari à la faire entrer par subterfuge. Voici son histoire :

Pas d'hérédité névropathique. Dès l'enfance, Yvonne manifeste cependant un caractère entier et ombrageux. Si toutefois, il n'y eut point d'orage dans le milieu familial, c'est que — et elle le reconnait — ses deux sœurs avaient coutume de plier devant ses volontés et que par ailleurs elle avait le sentiment secret d'être la préférée. Ses tendances foncièrement égocentriques, son intransigeance, son autoritarisme lui réservèrent de nombreuses mésententes dans ses rapports avec son entourage. Des relations sentimentales de sa jeunesse n'eurent jamais de suite en raison de la difficulté d'adaptation de son caractère et de son exclusivisme affectif. Mariée à 28 ans, en 1920, elle s'est sentie heureuse dans son ménage durant deux ans, mais dès janvier 1922, elle s'aperçoit que son mari n'est plus le même et semble avoir l'esprit ailleurs. « J'ai dès lors cherché quelle personne lui tournait la tête. Je ne savais pas. J'ai cherché bien longtemps. » Son mari note alors une modification progressive de l'humeur, une susceptibilité extrême, un état de perplexité avec méfiance. Ses suspicions ne tardent pas à se préciser. Interprétant tous les faits et gestes de son mari,

©BIUM

elle lui reproche son infidélité, sans parvenir encore à identifier la femme avec qui il la trompe. A force d'enquêtes, de surveillances, elle parvient à suspecter une femme dont elle ignore le nom, mais dont les caractéristiques sont d'être petite et brune. Son mari se modifie de jour en jour. Il doit être sous l'influence de cette femme qui agit sur lui par des stupéfiants. Elle en a même la certitude « car il est très blanc à certains moments ». Il lui apparaît de plus en plus hostile. Il est certainement poussé par cette femme à la tuer et a pour complice une de ses voisines, la femme L., ainsi qu'en témoignent leurs manèges, les absences inopinées de son mari etc... Les interprétations ne feront alors que se multiplier, toutes à thème jaloux, constituant autant de preuves irréfragables. La véhémence passionnelle de notre malade est à son comble. Bien que son mari ait gardé la même assiduité qu'autrefois dans leus relations intimes, il n'a pas le droit de rompre de la sorte un contrat formel. C'est sur ce terrain qu'elle pose le problème, en lui opposant avec orgueil sa scrupuleuse fidélité.

Il n'y a guère que depuis six mois que sont apparues de véritables hallucinations à prédominance auditive qui vont se combiner étroitement avec le système interprétatif dont elles ne sauraient être qu'artificiellement dissociées. Il est même souvent difficile de faire un départ exact chez Yvonne entre les interprétations, les illusions, et les hallucinations vraies. Ces dernières allant jouer un rôle véritablement révélateur du système préétabli, vont l'enrichir, le justifier, lui donner un caractère de certitude absolue. Voici dès lors, ce qu'elle raconte : « Mon mari est poussé par une de ses maîtresses pour se faire épouser et avoir de l'argent. Cette femme est une ancienne caissière de l'Action Française et c'est la rumeur publique qui me l'a désignée comme la maîtresse de mon mari ; quand je suis dans le métro, l'on dit : « Oh ! la pauvre femme ; son mari est un bandit, c'est la grosse caissière de l'Action Française. » Mon mari a un nombre invraisemblable de maîtresses : on dit

©BIUM

trois cents et quelques femmes. C'est toujours la rumeur qui m'en avertit, c'est-à-dire ce qu'on dit dans la rue. Toutefois personne ne m'a jamais dit quelque chose de précis bien en face. D'ailleurs je crois que pour être connue autant que je le suis et qu'on parle maintenant de moi dans le métro, il a fallu que ma photographie paraisse dans quelques feuilles que je ne puis préciser, mais je crois qu'il y a eu une édition spéciale de la « Rumeur » à mon sujet. (C'est dans la rue qu'elle a entendu émettre cette hypothèse). »

Elle attaquera ce journal dès qu'elle en aura les moyens ; elle adressera une plainte au Procureur. Elle en a déjà adressé une le 12 avril contre la femme L., sa voisine. Celle-ci fait des trous dans les murs, lui envoie des gaz asphyxiants qui la prennent à la gorge et l'étouffent. On fait de même dans le service et elle entend en même temps les coups de piston des appareils qui les émettent. Parfois elle sent des odeurs de violette. Elle n'a pas encore l'intention d'agir autrement que légalement, mais, comme son mari veut la faire disparaître, le jour où elle ne pourra plus faire autrement « elle se défendra avec ce qu'elle aura sous la main ». Son mari a, en effet, intérêt à se défaire d'elle, poussé par ses maîtresses qui veulent son argent. Pour la faire disparaître, on utilisera probablement un accident banal dans la rue, on la poussera sous l'autobus ou la rame du métro. Aussi a-t-elle déjà averti le commissaire d'Aubervilliers pour qu'on ne croie pas à un hasard dans l'accident dont elle sera victime. Elle a connu les intentions de son mari, parce qu'elle l'a entendu dire : « Il faut que je la tue ; j'ai un chic beau-père, mon pauvre Bicot (c'est son fils). » Elle raconte d'autre part que le 3 mars dernier à la gare St-Lazare alors qu'elle partait pour Cherbourg, son départ a été filmé et elle croit bien qu'elle a été suivie pendant tout le voyage par deux opérateurs du cinéma. Elle pense que ces vues seront données aux journaux comme film sensationnel, avec un article sur son mari et ses

©BIUM

trois cents femmes. Elle ajoute qu'elle a écrit au Procureur pour réserver ses droits au sujet de la projection de ce film. Ce serait, dit-elle, un moyen d'existence pour elle, si son mari continuait à manger sa fortune. Sa lettre au Procureur était une mesure de précaution, car n'ayant pas signé le contrat, la convention ayant été passée entre son père, son mari, ses deux sœurs et le directeur de la firme, elle n'aurait rien touché. On a déroulé des films de sa vie intérieure sur les écrans parisiens ; il y a eu le défilé de toutes les femmes de son mari. Elle a su tout cela par la T. S. F. Son mari est maintenant tristement célèbre. Elle se demande s'il est vraiment possible de prendre des vues cinématographiques par des petits trous à travers les cloisons comme il lui a été dit que la chose avait été faite en ce qui concerne ses ébats conjugaux. Si elle en était sûre, elle mettrait opposition à la production du film jusqu'à ce qu'un arrangement soit intervenu pour qu'elle en ait le bénéfice.

Elle croit que son mari la fera mourir et qu'il a eu l'intention de tuer aussi son petit garçon. Elle sait qu'il avait soudoyé la propre sœur de sa femme pour empoisonner l'enfant. Elle en est d'autant plus certaine que maintenant au contraire il dit : « Pourvu maintenant qu'elle n'empoisonne pas Bicot. » Yvonne éprouve d'ailleurs très souvent des mauvais goûts dans les aliments : âcreté, brûlures, etc. Son mari lui truque ses aliments pour l'intoxiquer. Il verse subrepticement dans ceux-ci des poudres blanches et elle présente par la suite des brûlures gastriques.

Elle sait qu'on a porté beaucoup de plaintes à la police contre son mari. Un jour qu'elle avait été appelée au Commissariat pour des paroles violentes prononcées à l'égard d'un collègue de son mari, on l'a laissée intentionnellement assise dans la salle d'attente. En voyant défiler de nombreuses personnes devant elle elle a très bien compris que tous ces gens venaient porter plainte contre son mari et que si X... l'avait fait venir là, c'était au fond pour lui rendre service, pour les lui montrer et la prévenir contre son mari. De sorte qu'indirectement, il lui

©BIUM

avait sauvé la vie. Elle a d'ailleurs entendu les policiers causer « dans leur argot ». Ils disaient : Viat T. (nom de son mari), Maroc, Viat T..., Algérie. Encore une femme là-bas, nous la marquerons rouge. » Elle en a conclu que les deux Arabes qui se touvaient là venaient déposer contre son mari qui fit de longs séjours en Afrique. Elle a appris alors par les voix et la T. S. F. que son mari allait être fusillé à cause des ravages de ses débordements. Au fond ce n'est pas lui le plus coupable. Il l'aime encore puisque ne voulant pas divorcer comme ses femmes le lui suggèrent, il accepte sa mise à mort, obnubilé par la cocaïne qu'on lui fait prendre. C'est alors qu'Yvonne en proie à l'anxiété la plus vive adresse un suprême recours en grâce auprès du général Gouraud, demande à mourir dans ses bras et finit par faire une tentative de suicide par absorption de salicylate de méthyle pour ne pas survivre à son déshonneur après avoir écrit les mots suivants sur un papier : « Il y a un révolver dans le sommier. Tire moi un coup pour t'assurer que je suis bien morte. Je t'ai toujours aimée follement et ne peux rester après toi. Un bon baiser à mon petit. » Dans le service, où elle est venue pour soi-disant faire soigner son mari, son affectivité, son activité intellectuelle et physique se montrent absolument intactes, mais elle entend quotidiennement des voix qui l'appellent, l'avertissent des dangers courus, lui font de nouvelles révélations. Parfois, il lui advient de répondre à ces voix qui sont distinctes et nettement perçues par ses oreilles. Ce sont des voix à timbre féminin de tonalité basse, semblant venir de microphones. Chez elle, elle était convaincue que des appareils spéciaux de T. S. F. avaient été établis au dessus de son plafond. Elle sent des odeurs variées, ressent parfois comme des secousses électriques.

Son caractère est difficile. Elle réagit intensément, proteste, crie, injurie, menace. Elle accuse enfin le médecin de lui avoir inoculé la syphilis par injection sous-cutanée.

⁂

©BIUM

En présence d'une telle malade se trouve posé, nous semble-t-il, un important problème nosologique. Il serait facile d'en escamoter la difficulté en concluant à un délire chronique de persécution à thème jaloux, à base interprétative et hallucinatoire se rapprochant de la description type de Lasègne-Falret. Ce diagnostic désuet ne tient pas compte des discriminations successives opérées dans le délire chronique. Devons-nous admettre au contraire l'association de deux psychoses différentes alors que nous constatons chez Yvonne une évolution absolument continue des troubles psychopathiques qui se coordonnent et s'enchaînent parfaitement ? Paranoïaque et passionnelle elle l'est originellement, interprétative, elle le devient peu à peu et ce n'est qu'après plusieurs années qu'apparaissent des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat qui, sans doute, vont faire progressivement la persécutée et ultérieurement la mégalomane qu'elle était en puissance. Il reste bien difficile d'admettre la juxtaposition de deux psychoses différentes dont les apports respectifs donneraient l'apparence si parfaite d'un tout clinique. On pourrait penser également à une psychose hallucinatoire retardée dans son évolution. Il s'agirait alors d'une psychose hallucinatoire sur fond paranoïaque avec période interprétative remarquablement longue en raison même du terrain sur lequel elle évolue, la résistance mentale étant fonction de l'intelligence du cerveau qui se défend. Mais ici les hallucinations paraissent contingentes aux interprétations. On remarque l'absence de phénomènes neutres ou anidéiques, d'hallucination psychiques proprement dites, d'idées d'influence, de voix injurieuses ou menaçantes. Les hallucinations expliquent en quelque sorte à la malade les raisons de son délire ; ce n'est pas la malade qui par des idées délirantes justifie ses hallucinations. Ces hallucinations couronnent le délire. On arguera peut-être du caractère contingent de ces hallucinations pour douter de leur vraie nature. Dans une communication faite par M. Blondel à la Société de

©BIUM

Psychiatrie, en 1911, sous le titre : « Paranoïa et hallucinations », cet auteur tendait à démontrer que chez de tels hallucinés le facteur interprétatif joue le plus grand rôle et il cherchait des caractères distinctifs entre ces hallucinations et les autres. Ce sont aussi des hallucinations vraies, mais nous pensons qu'elles sont beaucoup plus en rapport avec les préoccupations incessantes du sujet que celles qui relèvent de processus différents. On pourrait dire d'autre part, que les hallucinations restent initiales et que les interprétations ne sont ici que rétrospectives. Les dires de la malade elle-même, son comportement depuis des années, dont le mari est le meilleur témoin, s'opposent à cette dernière hypothèse.

Nous ne pouvons accepter enfin le diagnostic de psychose paranoïde. Il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel vrai chez Yvonne. Elle est égocentrique, orgueilleuse, véhémente. Elle garde un esprit supérieurement pratique sur toutes choses et ne témoigne d'aucune dissociation. Nous en sommes donc amenés à considérer notre malade comme atteinte d'une psychose paranoïaque pure, à forme hallucinatoire, type sans doute exceptionnel. Notre hypothèse trouverait peut-être un point d'appui dans ces faits : nombre de délires interprétatifs purs s'accompagnent d'hallucinations épisodiques incontestables ; chez les persécutés-persécuteurs à thème prévalent, les représentations mentales aboutissent parfois à de véritables phénomènes hallucinatoires passagers et fugaces. Ce n'est donc qu'une question de degré pour que de tels malades se présentent comme la nôtre dans les cas les plus extrêmes et il ne nous semble pas qu'il y ait lieu d'écarter nosologiquement ce type inaccoutumé.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des séances,

BUSSARD, GUIRAUD.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

CRIMINOLOGIE

L'Individualisation de la peine. *Etude de Criminalité Sociale,* par R. SALEILLES, professeur à la Faculté de Droit de l'Université de Paris. *Préface* de G. TARDE, 3e édition avec la collaboration de M. Gaston MORIN, professeur à la Faculté de Droit de Montpellier. (1 vol., in-8°, 288 pages, Félix Alcan, édit., Paris, 1927).

Cette troisième édition du livre, aujourd'hui classique, de M. Saleilles, reproduit, sans aucun changement, la précédente. Ce qui fait la valeur d'un tel livre, fait remarquer dans la préface M. Gaston Morin, c'est le système de l'auteur dont on peut dire qu'il commande tout le mouvement juridique contemporain. Ainsi que le disait M. Hugueney en 1926, au Congrès tenu par l'Association internationale de droit pénal à Bruxelles, « à la devise ancienne et brutale — la défense sociale par l'intimidation — la législation pénale française du XXe siècle a tendu à substituer la méthode nouvelle plus nuancée : la défense sociale par l'individualisation des moyens de répression, et, si possible, de prévention ».

Il est inutile de signaler l'intérêt de cette 3e édition, au moment où le Sénat de *Belgique* va prochainement discuter le *projet de loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude,* projet de loi déjà adopté par la Chambre des Représentants. Il ne s'agit plus, écrivait M. Tarde, dans la préface de la première édition (1898) de proportionner la peine au mal matériel commis ; il ne s'agit plus même seulement de la proportionner au degré de criminalité déployée au moment de l'acte ; il s'agit avant tout de l'approprier à la nature de la perversité de l'agent, à sa virtualité criminelle, qu'il faut empêcher de se réaliser à nouveau en actes.

René CHARPENTIER.

©BIUM

GLANDES ENDOCRINES

Pneumogastrique et Glandes Endocrines, par D. SANTENOISE (1 vol. in-8°, 268 pages, Amédée Legrand, édit., Paris, 1927).

Ce volume est l'exposé de constatations expérimentales qui mettent en évidence l'importance des relations qui existent entre l'activité du système pneumogastrique et certaines glandes endocrines.

Les recherches de MM. Santenoise et Garrelon (épreuves de tolérance au glucose, injections d'insuline, pancréatectomie, transfusion de sang) leur ont permis de conclure que le pancréas joue un rôle fort important dans le maintien du tonus et de l'excitabilité du vague, en sécrétant et en mettant en circulation une substance vagotonisante. Le pancréas serait ainsi au pneumogastrique ce que les surrénales sont au sympathique.

D'autres expériences sur la sensibilité au choc peptonique tendent à démontrer que le pneumogastrique conditionne l'activité thyroïdienne par l'action excito-sécrétoire qu'il exerce sur cette glande, déterminant par ce mécanisme la production et la mise en liberté par le corps thyroïde d'une substance (harmozone) qui sensibilise les individus à l'action de la peptone et des poisons en général.

D'où cette conclusion qu'il existe une étroite concaténation neuro-glandulaire entre le pancréas, le pneumogastrique et l'appareil thyroïdien.

Il semble que certaines glandes aient parmi leurs fonctions un rôle régulateur sur le tonus et l'excitabilité du système nerveux de la vie végétative. Les unes, comme les surrénales et les paraganglions, agiraient sur l'excitabilité du système sympathique proprement dit, d'autres comme le pancréas agiraient sur le tonus et l'excitabilité du pneumogastrique.

D'autre part, le rôle du système nerveux dans les conditions du fonctionnement des glandes endocrines reste à déterminer. Pour M. Santenoise, certaines de ces glandes pourraient avoir un fonctionnement autonome, tandis que d'autres seraient influencées par des variations humorales chimiques ou par la présence de certaines hormones, d'autres encore ayant leur activité étroitement conditionnée par le système nerveux. La concaténation neuro-glandulaire existant entre le pancréas, le pneumogastrique et l'appareil thyroïdien remet en question le problème des corrélations fonctionnelles entre les glandes à sécrétion interne, par la mise en évidence d'un chaînon nerveux entre deux glandes

©BIUM

pour lesquelles on n'admettait jusqu'alors que des interrelations humorales.

Cet important travail met en évidence le rôle joué par le pancréas en sécrétant et déversant dans la circulation une substance vagotonisante. Il montre de plus que l'influence du pneumogastrique dépasse le domaine de ses branches et s'exerce sur l'organisme tout entier par l'intermédiaire de sécrétions internes et du milieu intérieur circulant.

René CHARPENTIER.

GRAPHONOMIE

Les lois de l'écriture, par E.-Solange PELLAT. (Vuibert, Paris, 1927), 1 vol., 63 pages.

L'auteur expose les lois de l'écriture, en faisant abstraction du portrait graphologique, se basant uniquement sur l'étude de phénomènes graphiques sous leur aspect objectif, indépendamment des écritures individuelles. Cette science nouvelle l'auteur l'appelle la graphonomie, pour la bien différencier de la graphistique et de la graphologie.

Chaque signe alphabétique écrit dans une langue quelconque réfléchit les tendances égocentriques ou aliocentriques, les facultés intellectuelles, le degré de la volonté et de la sensibilité du scripteur. Ceux-ci se trahissent par un trait qui n'existe pas dans les modèles enseignés ou par une déviation de la direction normale, par une courbe tantôt dirigée par sa concavité en haut ou en bas, à gauche ou à droite. L'auteur énonce comme une loi générale, que le moi qui est en action pendant l'acte scriptural passe par des alternatives d'intensité et d'affaiblissement. Il est à son maximum d'intensité au commencement et à son minimum à la fin. Si on examine un fragment de tracé constituant par son mode de formation un petit ensemble, un groupe graphique, sa première partie représente le scripteur. Selon les règles énoncées par l'auteur, on arrive à reconstruire certains groupes d'écriture qui représentent certains caractères des scripteurs. Mais cela fait déjà le portrait graphologique qui ne rentre pas dans le cadre de la graphonomie. D'ailleurs, l'auteur démontre les difficultés et les causes d'erreur d'un portrait graphologique correctement fait.

Le livre est illustré de nombreux modèles d'écriture dans des langues dont les signes alphabétiques se différencient.

Gabriel FAIL.

©BIUM

NEUROLOGIE

Maladies du cerveau, par MM. KLIPPEL, LÉRI, MIGNOT, N. PÉRON et SÉRIEUX. (1 vol. in-8°, 356 pages, 65 fig., tome XXXII *bis* du *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, publié sous la direction de MM. P. CARNOT et P. LEREBOULLET, J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1928).

Le nouveau fascicule du *Traité de Médecine* de MM. P. Carnot et P. Lereboullet est consacré à la pathologie cérébrale. Il contient les articles très didactiques et très clairs de *M. André Léri*, sur la *Commotion cérébrale*, l'*Hémorragie cérébrale*, le *Ramollissement cérébral*, de *M. Klippel*, sur la *Syphillis cérébrale*, les *Tumeurs cérébrales*, l'*abcès cérébral*, de *MM. Sérieux, Mignot* et *Noël Péron* sur la *paralysie générale*.

Les noms des auteurs indiquent suffisamment avec quelle compétence ont été mises au point ces grandes questions de pathologie du système nerveux.

René CHARPENTIER.

Travaux et Mémoires, du *Professeur* Pierre MARIE, Tome II. (1 vol. in-8°, 396 pages. Masson et Cie, édit., Paris, 1928).

Ce deuxième volume contient réunis les importants mémoires du Professeur Pierre Marie, sur l'*Amyotrophie Charcot-Marie*, l'*Hérédo-ataxie cérébelleuse* et les lésions médullaires dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse, sur les foyers *lacunaires* de désintégration et différents autres états cavitaires du cerveau.

Figurent également dans ce tome, de nombreux travaux concernant l'*encéphale :* trépanation décompressive du côté de l'hémisphère sain dans certains cas d'hémorragie cérébrale, coma, forme sénile de sclérose combinée, engagement des amygdales cérébelleuses, état vermoulu du cerveau, hémiagnosie douloureuse, encéphalite léthargique, etc. ; les rapports des *infections* et des *maladies nerveuses :* sclérose en plaques, hémiplégie cérébrale infantile, épilepsie, paralysie spinale infantile ; les maladies de la *moëlle :* sclérose latérale amyotrophique, paralysie spasmodique syphilitique, réflexe d'adduction du pied, syringomyélie, tabes, scléroses combinées, etc. ; la maladie de Basedow, la reviviscence du thymus dans certaines affections, divers autres mémoires réimprimés dans leur intégrité avec leurs figures originales, sans qu'aucun mot ait été changé.

René CHARPENTIER.

©BIUM

NEUROPSYCHIATRIE

Compte-rendu du fonctionnement de la Clinique psycho-neurologique de l'Université Nord-Caucasienne pendant les années 1920 jusqu'à 1925, par les Drs TER-SEMENOW et CHOTZ. *Préface* du Pr IOUCHTCHENKO. (Rostow-sur-Don, 1926).

Après un exposé de la façon dont leur service a pu fonctionner et progresser malgré toutes les difficultés de la guerre et de l'après-guerre, les auteurs donnent les résultats suivants.

L'étude de recrudescence d'une certaine catégorie de malades dite de « malades limitrophes » (demi-fous) à partir de 1923 démontre que ces demi-malades qui pouvaient vivre dans la société avant la guerre, n'ont pu supporter les brusques changements causés par les conséquences de la guerre et de la révolution. Leur nombre croît toujours...

Une autre expérience sociale a pu démontrer que l'alcool est un agent très nocif pour le système nerveux. Après l'abolition de la loi de prohibition le nombre de psychoses d'origine éthylique augmente progressivement.

La statistique a démontré que pendant les années de misère, la cyclothymie se traduisait surtout par les formes dépressives ; ce n'est que dans les derniers temps que le nombre d'états maniaques a augmenté.

La misère est aussi la cause de nombreux cas d'involution présénile : à 38-40 ans chez les femmes, autant que chez les hommes.

Les troubles hystériques sont provoqués non seulement par des conflits d'ordre sexuel, mais aussi par ceux d'origine sociale. Les conflits naissaient lorsque des hommes, chargés de grande responsabilité, ne pouvaient pas s'en acquitter. La seule issue de ces conflits étaient « la fuite dans la maladie ».

Quant aux malades nerveux, sans lésions, de facultés intellectuelles, leur nombre a permis de conclure que certaines maladies du cerveau et des artères cérébrales d'origine spécifique ne se voient que chez les hommes : l'alcoolisme y est pour beaucoup.

La clinique donnait aussi des consultations externes au nombre de 4.353. Suit une statistique très complète de l'âge, de la profession, du diagnostic, selon l'année.

Se basant sur le nombre de neurasthéniques qui sont venus consulter pendant cette époque, les auteurs croient que la neurasthénie doit être considérée plutôt comme un effet

©BIUM

du conflit de la personnalité avec le milieu, le sentiment d'infériorité par rapport au poste occupé (les conflits de service) que comme l'épuisement du système nerveux. Les années 1921, 1922 étaient les années de la famine, et pourtant le nombre de neurasthéniques était de beaucoup moins qu'en 1924, l'année de bien-être relatif. (En 1921-22, 22-25 hommes neurasthéniques contre 78 en 1924).

Citons enfin qu'on rencontre le maximum de paralytiques généraux à l'âge de 35 ans, tandis que le maximum de tabétiques est de 50.

Ce compte-rendu est complété par de nombreux tableaux de statistique et par un diagramme.

FAIL.

PSYCHANALYSE

La Psychanalyse. *Théorie sexuelle de Freud,* par A. HESNARD, professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé de la Marine (2e édition, 1 vol. in-16, 220 pages. Librairie Stock, Paris, 1928).

Dans cette deuxième édition, qui débute par un aperçu historique du mouvement psychanalytique, particulièrement en France, M. Hesnard expose à nouveau les conceptions psychologiques générales de Freud, les techniques psychanalytiques, la cure psychanalytique et les applications générales de la psychanalyse.

Un chapitre est consacré à passer rapidement en revue certaines des critiques faites au Freudisme au point de vue étiologique, méthodologique, thérapeutique ou doctrinal.

En conclusion, M. Hesnard estime que la Psychanalyse « n'est qu'à ses débuts... Encore incertaine, critiquable sur « bien des points, elle marque cependant un progrès consi- « dérable... Débarrassée de ses exagérations terminologi- « ques, de quelques outrances téléologiques et de certaines « fantaisies d'interprétation symbolique, elle pourrait fort « bien, dans l'avenir, aboutir à cette Psychologie affective « que réclament tous les observateurs de la vie humaine : « science descriptive de l'âme, enfin construite dans la « réalité des faits psychiques vécus qui s'offrent chaque « jour à notre observation ».

R. C.

©BIUM

PÉDAGOGIE

Pédagogie expérimentale, par le Dr Th. SIMON. (1 vol. in-18, 276 pages, Paris, Armand Colin édit.).

« *La pédagogie expérimentale* est l'étude méthodique des réactions des élèves aux procédés de l'enseignement. » Telle est la définition donnée par le Dr Th. Simon au début de ce livre, après avoir montré que si la pédagogie expérimentale ne se confond pas avec la psychologie, elle ne consiste pas non plus en expériences isolées. Binet en fut l'initiateur et M. Th. Simon, nous donne ici une étude historique, critique et expérimentale des méthodes employées pour l'acquisition, le perfectionnement, l'appréciation des progrès, de l'*écriture*, de la *lecture* et de *l'orthographe* chez l'enfant.

Très personnel, rempli d'expériences originales, ce livre dénote chez son auteur, avec une remarquable intelligence de l'enfant, un rare esprit d'objectivité et de méthode scientifique. Guidé par le souci de ne rien bouleverser des méthodes courantes, mais de soumettre leurs résultats à un contrôle effectif et de les perfectionner sans cesse, il oppose aux théories ambitieuses la récolte méthodique des faits, la comparaison des résultats, des techniques d'observation, de mesure, de travail.

La connaissance de ce que donnent les enfants, de leurs capacités, permettra d'établir des programmes plus conformes à leur nature que les programmes actuels : l'âge de l'écriture, l'âge de la lecture, l'âge de l'orthographe en fixent les étapes. Déterminer la période de scolarité utilisable, c'est libérer l'avenir si chargé. Parvenir à diminuer cette période d'étude et les efforts qu'elle demande par un entraînement mieux réglé, ne serait-ce pas là assurer de la manière la plus efficace l'hygiène et la prophylaxie mentale de l'enfance ?

Par le contact qu'elle assure avec l'enfant, par le fait qu'elle le met sans cesse au premier plan, ne cesse de partir de lui, la pédagogie expérimentale est à la base de toute réforme de l'enseignement. Seuls des documents analogues à ceux utilisés par M. Th. Simon permettent de juger la pratique journalière, et les innovations successivement tentées.

Le psychiatre trouvera matière à réflexion dans ce travail original, fruit de patientes recherches, que voudront avoir lu tous ceux qui s'intéressent à l'éveil de l'intelligence de l'enfant et à ses acquisitions scolaires primordiales.

René CHARPENTIER.

©BIUM

PHYSIOLOGIE

Physiologie de la voix, par le Dr MARAGE, Chargé de Cours à l'Université de Paris. *Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences.* (1 vol., in-8°, 204 pages, Gauthier-Villars et Cie, édit., Paris, 1925).

Cet ouvrage, destiné aux chanteurs et aux orateurs, est le résumé de douze leçons du cours libre de physique biologique professé à la Sorbonne par le Dr Marage, sur la phonation et l'audition.

L'auteur y suit la destinée d'une onde sonore depuis son point de départ jusqu'à son point d'arrivée, exposant celles de ses recherches personnelles qui intéressent les professeurs et les élèves de chant et de diction. Tout chanteur ou tout orateur qui se fatigue est un chanteur ou un orateur qui chante mal, qui parle mal, ou qui est malade.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Les Obsédés, par Raymond MALLET. (1 vol. in-8°, 116 pages, in *Collection des Actualités de Médecine pratique*, sous la direction du Dr *R.-J. Weissenbach*, Gaston Doin, édit., Paris, 1928).

Sur ce sujet, « un des chapitres les plus intéressants de la psychiatrie, un de ceux peut-être qui sont le plus français », écrit M. Séglas dans la Préface, M. Raymond Mallet nous donne une monographie « essentiellement clinique, un résumé clair, net, succinct, et cependant complet ». (J. Séglas).

Après avoir, en quelques exemples, présenté des types cliniques d'obsédés, M. Raymond Mallet donne un aperçu schématique des symptômes physiques (angoisse, troubles digestifs, cardiaques, vaso-moteurs, respiratoires, nerveux, endocriniens, génitaux) et mentaux (fonds mental, anxiété, impressionnabilité, scrupules, doute, idée obsédante, mentisme, sentiment de dédoublement, pseudo-hallucinations, idée d'influence, sensation de présence étrangère, état intellectuel). Il montre l'obsédé dans la vie courante avec son comportement, ses moyens de défense, décrit les diverses formes cliniques avec leur évolution, leur diagnostic.

L'obsession est un phénomène organo-psychique lié à un trouble de l'élaboration de la sensation, de l'idée, auquel assiste la conscience alarmée, et contre lequel le sujet se défend et lutte. Le rôle de l'hérédité, de l'infection, des chocs, les perturbations profondes de l'équilibre vago-sym-

©BIUM

pathique et même de l'équilibre humoral, etc., ne permettent pas d'oublier que derrière le syndrome psychique il y a un état organique qui relève du traitement général.

Aussi la « psychanalyse » est-elle « une méthode de traitement incomplète et dangereuse » (Cruchet). N'isolons pas la pensée d'un organisme dont elle n'est que le rayonnement, écrit M. Raymond Mallet, et dans cet organisme le seul appareil sexuel.

Il n'y a pas un traitement de l'obsession parce que la question pathogénique n'est pas résolue. Du moins, en considérant l'obsédé comme un malade organique, non comme un possédé du démon de la sexualité, est-on encouragé par le progrès de nos connaissances, particulièrement de celles qui portent sur l'appareil de la sensibilité, ses éléments d'association, ses connexions avec les autres appareils de l'économie, ses rapports avec le psychisme. On peut ainsi envisager une thérapeutique, dont M. Raymond Mallet donne les principales indications, thérapeutique parallèlement évolutive et dégagée de toute pratique exorcisante.

Telle est la conclusion de ce petit livre, d'une lecture attachante et facile, si nourri de faits et d'hypothèses, qu'il serait vain de tenter de le résumer en une courte analyse.

René CHARPENTIER.

Le Syndrome maniaque, par le Dr R. DERON. *Préface* de M. le Dr J. SÉGLAS. (1 vol. in-8°, 372 p., couronné par l'Institut, in *Bibliothèque des Grands Syndromes*, sous la direction de *M. le Doyen* H. ROGER, Gaston Doin et Cie, édit., Paris, 1928).

M. Deron définit le syndrome maniaque : « Un syndrome mental caractérisé par un trouble primitif de l'attention volontaire qui, suivant son intensité, rend plus ou moins automatiques les diverses fonctions psychiques élémentaires, et qui, en provoquant de ce fait l'instabilité des processus mentaux, entraîne un défaut de l'adaptation et de l'utilisation et donne ainsi l'impression d'une perturbation du psychisme supérieur plus importante que celle qui existe en réalité. Les états maniaques ne présentent pas d'affaiblissement intellectuel profond. »

L'auteur passe successivement en revue le niveau mental, les troubles du psychisme élémentaire, les troubles d'utilisation ou troubles de l'application au réel, les signes physiques et généraux, en particulier les notions récentes sur les perturbations du système végétatif (Tinel et Santenoise). Il montre que les aspects cliniques protéiformes du syndrome

©BIUM

maniaque sont souvent dus à une sorte de dissociation du syndrome réalisant des formes inclassables d'après les conceptions actuelles et qui offrent des difficultés de diagnostic parfois insurmontables en l'absence d'antécédents maniaques typiques indiscutables ou de commémoratifs d'accès passagèrement atypiques.

Etudiant l'avenir des maniaques, M. Deron s'élève « contre la mode actuelle de recourir à des constitutions diverses pour expliquer le développement de certaines psychoses ou leur allure particulière ; c'est là, écrit-il, une conception simpliste, le plus souvent en contradiction absolue avec la réalité des faits, c'est aussi très fréquemment une petition de principe ».

Particulièrement important est le chapitre dans lequel M. Deron discute la conception de Kræpelin de la psychose maniaque-dépressive et les états mixtes, conception « essentiellement psychologique ». et qui n'est « guère qu'une fantaisie schématique », écrit M. Séglas dans la très intéressante préface de ce livre. Si « Kræpelin a eu le mérite incontestable d'attirer l'attention sur les cas mixtes jusque-là bien négligés » (Séglas), il est superflu, pour M. Deron, d'invoquer pour les expliquer le mélange en proportions diverses d'éléments maniaques et d'éléments dépressifs. Ceux d'entre eux qui ne relèvent pas de la psychasthénie et de l'anxiété sont des états maniaques atypiques, qu'ils soient dégradés et dissociés sous l'action de la débilité, ou qu'ils doivent leur aspect anormal aux caractères des dégénérés ou à un appoint confusionnel.

Après avoir esquissé le diagnostic séméiologique, l'auteur expose les caractères différentiels des syndromes d'excitation de la syphilis cérébroméningée, de la démence sénile, des états confusionnels ou délirants toxi-infectieux parmi lesquels l'épilepsie psychique, enfin des états dits de démence précoce dont le démembrement s'impose. Réservant l'appellation de démence précoce aux cas d'hébéphréno-catatonie qui répondent à la description de la démence précoce juvénile de Morel-Christian, M. Deron élimine de ce syndrome proprement démentiel les aspects pseudo-démentiels dus à un état confusionnel surajouté, à la débilité, à la discordance et à la schizophrénie.

Très clinique, le travail de M. Deron s'appuie sur l'observation de nombreux faits, sans théorie préconçue, et sur une riche documentation bibliographique. Travail extrêmement consciencieux, il est dans la bonne tradition des auteurs français, donnant à la clinique médicale le pas sur les théo-

©BIUM

ries qui brutalisent les faits et les rapetissent ou les étendent à la mesure de cadres rigides et préconçus.

René CHARPENTIER.

Le traitement des malades mentaux et l'organisation hospitalière, par CHARLES WHITNEY PAGE, M. D. (1 vol., in-8°, 155 pages, W.-M. Leonard, édit., Boston).

Bien que ce livre ne soit pas tout à fait récent, il est à signaler à ceux qui s'intéressent à l'organisation des établissements hospitaliers des Etats-Unis de l'Amérique destinés au traitement des psychopathes. On y trouvera exposées les qualités nécessaires à un bon directeur, parmi lesquelles le fait d'être un médecin instruit est considéré comme essentiel tant pour la direction proprement dite que pour les rapports avec les médecins de l'établissement. Les conditions de sélection, de promotion, de développement professionnel ultérieur de ces médecins sont étudiées en même temps que les obligations qu'ils assument. Le laboratoire doit être le centre vital de l'Hôpital pour maladies mentales.

Après un chapitre consacré aux malades, dans lequel M. Ch. Whitney Page insiste sur les conditions d'application du « non-restraint » et la nécessité d'adapter à chaque cas particulier les méthodes de traitement, l'auteur insiste sur les devoirs et la sélection du personnel infirmier dont l'intelligente sympathie à l'égard des malades doit être, avec la douceur, le tact, et la persévérance, une des qualités principales.

René CHARPENTIER.

Les Tueuses d'Enfants, par Mlle le Docteur Geneviève MOREL. Un vol. de 122 pages (Nancy, Imprimerie lorraine, Rigot et Cie, 1927).

Mlle Morel a choisi un sujet de thèse particulièrement intéressant et sur lequel, malgré son importance, on ne trouve aucune autre bonne monographie moderne.

L'auteur se justifie d'abord d'employer le titre parfaitement clair et convenable qu'elle a choisi, plutôt que quelque néologisme grec ou latin tel que : libéricide, puéricide ou pédoctonie (1). Ensuite, dans quelques pages très heureuses, elle montre que les meurtres d'enfants relèvent de causes assez différentes de celles qu'on rencontre le plus fréquemment dans le meurtre en général, et que si ce sont en géné-

(1) Mlle Morel écarte de son sujet le meurtre du nouveau-né, l'infanticide, qui a une étiologie toute différente.

©BIUM

ral des femmes qui les commettent, cela vient justement de la force même de l'instinct maternel.

Trois grandes catégories d'affections mentales engendrent la presque totalité des meurtres d'enfants par les femmes ; ce sont les états mélancoliques, les états confusionnels et les états constitutionnels groupés sous la dénomination de dégénérescence ou de déséquilibre mental.

L'auteur fait une analyse psychologique très soignée du meurtre de leurs enfants par les mélancoliques, véritable meurtre par amour et par pitié. Dans le chapitre suivant, elle signale que la confusion mentale causant des meurtres d'enfants est le plus souvent due à la puerpéralité. Elle étudie à la suite les meurtres causés par l'alcoolisme et l'épilepsie.

La partie la plus longue de beaucoup est celle qui est consacrée aux états constitutionnels. C'est qu'elle contient l'observation qui est le « clou » de cette thèse, celle de l' « Ogresse » Jeanne Weber. Mlle Morel a profité de ce qu'elle a pu recueillir à l'Asile de Maréville et à l'Asile de Fains, les notes prises pendant le séjour de cette célèbre criminelle qui a été internée dans ces deux asiles à la suite du non-lieu dont elle a bénéficié et qui est morte à Fains en 1918.

L'observation de Jeanne Weber occupe environ 25 pages. Une planche hors-texte est consacrée à la photographie de cette tueuse d'enfants. Mlle Morel n'a certes pas eu tort de donner autant de détails sur cette intéressante affaire, mais leur abondance engendre un petit défaut ; c'est un manque de proportion entre ce chapitre et les précédents. Il semble que si tant de place est accordée aux meurtres des déséquilibrées, c'est qu'ils ont une fréquence et une importance spéciales, bien plus grandes que les meurtres des mélancoliques. Il paraît même que c'est bien l'idée de l'auteur qui écrit dans ses conclusions : « Les états constitutionnels nous fournissent les cas les plus nombreux et les plus variés. »

Or, si je m'en réfère à mon expérience personnelle, je crois que les meurtres mélancoliques sont incontestablement les plus fréquents. L'auteur même donne quatre observations personnelles dans la partie relative aux états mélancoliques, tandis que l'observation de « l'Ogresse » n'est accompagnée que d'une autre observation de déséquilibrée.

Mlle Morel termine son travail par quelques pages sur : « les frontières de la folie » où elle étudie les cas dans lesquels « l'excuse d'une perturbation morale n'est plus évidente ». Il s'agit ici des criminelles « par âpreté au gain, par métier ou par cruauté, par haine de l'enfant ».

©BIUM

Au total, cette thèse est excellente, et la forme en est aussi louable que le fond.

J. LAUTIER.

Travaux de la clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, publiés sous la direction du *Professeur* PFERSDORFF, V, 1927. (1 vol. in-8°, 216 pages, Les Editions Universitaires de Strasbourg).

Continuant ses recherches sur les troubles du langage, le *Professeur Pfersdorff* nous donne dans ce volume deux nouveaux travaux. Le premier est consacré à la *Schizophasie* et aux *catégories du langage*. La conclusion de ce long et important mémoire est que la dénomination de schizophasie (Bleuler) doit être réservée aux psychoses dissociatives qui produisent les symptômes actifs pathologiques du langage automatique.

Le deuxième, intitulé *troubles organiques et troubles psychotiques du langage*, reproduit une conférence faite par le *Prof. Pfersdorff*, à Berne, à la Société Suisse de Psychiatrie et dans laquelle il repousse la division des aphasies par Head en aphasie verbale, nominale, syntactique et sémantique. Quel que soit le succès de cette classification auprès des psychologues et des philologues, elle a, pour le Prof. Pfersdorff, le tort de ne tenir compte que des symptômes de déficit et de ne pas s'orienter d'après les constatations positives de la clinique.

On trouvera dans le même volume les articles de *M. E. Gruber*, sur la *Simulation de la folie par les aliénés*, de *M. E. Gelma*, sur *les transformations de la personnalité et les troubles du sens moral* dans la période d'incubation des psychopathies aiguës ou subaiguës ou à retour périodique, et de *M. W. Jost* sur la *dementia praecocissima*.

René CHARPENTIER.

Travaux de la Clinique Psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg (sous la direction du Prof. PFERSDORFF), Tome VI, année 1928. Un vol. de 229 pages, avec 4 planches. (Les Editions Universitaires de Strasbourg).

Que les travailleurs de la clinique psychiatrique de Strasbourg sont donc heureux de pouvoir publier tout au long les observations sur lesquelles ils se sont basés ! A l'heure où toutes les revues recommandent la brièveté à leurs collaborateurs, et toutes les Sociétés aux auteurs de communications, les Strasbourgeois peuvent faire imprimer les longues séries d'associations ou de tests de toute nature recherchés chez leurs malades. Dans le travail du Prof. Pfersdorff,

©BIUM

quatre observations occupent 63 pages compactes. Il n'y a qu'à s'en louer, une étude sur les aphasies n'ayant de valeur qu'autant que les troubles du langage et le déficit du fonds mental sont étudiés dans le plus grand détail.

Le travail de M. Pfersdorff a pour titre : « Les aphasies d'évocation (Pitres) ; leurs rapports avec les troubles psychotiques du langage. » L'auteur rappelle que les aphasies amnésiques de Pitres comprennent deux types différents. Dans le premier type, il y a dysmnésie verbale, dans le second paramnésie. Ses deux premières observations correspondent au second de ces types. Elles sont caractérisées par de la paraphasie littérale, c'est-à-dire des erreurs dans l'articulation du mot conditionnées par des troubles de l'endophasie (que M. Pfersdorff différencie du langage intérieur proprement dit). Les deux autres cas sont caractérisés par de la paraphasie verbale, erreur dans le choix du mot conditionnée par des troubles du langage intérieur proprement dit. L'auteur compare les troubles du langage dans ses deux premières observations à ceux du langage des catatoniques, ceux des deux dernières aux troubles du langage des commotionnés.

Pour pouvoir étudier avec profit les observations fournies, il est nécessaire de connaître l'allemand, car, naturellement, les caractéristiques du langage des malades alsaciens étudiés sont intraduisibles dans un autre idiome que celui qu'ils emploient.

Deux autres articles complètent ce recueil. L'un a pour auteur M. Gelma. Il se fait remarquer par sa brièveté, qui ne le prive ni d'une parfaite clarté ni d'un haut intérêt. C'est un travail de médecine légale intitulé « Psychose périodique et délinquance à répétition. » M. Gelma montre la possibilité et l'intérêt du diagnostic entre l'excitation des dégénérés et l'*hypomanie fruste et périodique* qui occasionne assez souvent une délinquance à répétition. Les malades qui en sont atteints sont d'autant plus sévèrement jugés par les magistrats que l'excitation hypomaniaque est prise pour du cynisme, ou pour de l'ivrognerie lorsqu'il s'agit de « manie arrosée ». La dépression mélancolique consécutive est souvent méconnue à la prison ; elle peut amener des tentatives de suicide. Tandis que les dégénérés pervers ne doivent pas être considérés comme irresponsables, l'auteur penche à admettre l'irresponsabilité complète pour ces maniaques intermittents. Mais il paraît impossible de les interner de façon continue et de prévenir de cette façon de nouveaux méfaits. L'auteur donne trois observations intéressantes.

©BIUM

Le dernier article (le premier dans le volume) est le seul auquel je crois avoir des critiques à adresser. Son auteur est M. René Allimant, son titre : « Premiers accès de la schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes *maniaques-dépressifs.* »

Cet article me paraît être une preuve nouvelle du trouble apporté dans la psychiatrie par la conception si vague et si imprécise de la schizophrénie. Chacun, en effet, entend la schizophrénie à sa manière. Il ne peut s'agir ici ni de la conception de Claude et de ses élèves, ni de celle de Minkowski dérivée de celle de Bleuler. Il ne s'agit pas d'un état constitutionnel, puisque les premières attaques de la maladie sont des crises purement maniaques ou dépressives ; d'autre part, il n'y a aucune preuve de la désagrégation de la personnalité et de l'autisme. Le caractère essentiel des crises dites schizophréniques par l'auteur, c'est l'incompréhensibilité des paroles et des réactions des malades et l'apparition de ce qu'il appelle « les parafonctions ». Le grand défaut de ses observations, c'est quelles sont interrompues au bout de très peu de temps, souvent quelques semaines à peine après le début de la crise, par le passage du service de Clinique à l'Asile, où l'auteur n'a pas suivi ses malades. Nous ignorons donc l'évolution de la maladie ; nous ne savons pas s'il y a eu passage à la chronicité ou retour intégral à la santé. Il me paraît dès lors un peu abusif de porter le diagnostic de schizophrénie chez des malades observés peu de temps et *en pleine excitation.* Notamment, je suis étonné que, dans son Obs. III, M. Allimant qualifie de schizophrénie une psychose terminée par la mort quinze jours après l'entrée dans le service, sans envisager seulement les diagnostics de confusion mentale ou de délire aigu.

J. LAUTIER.

PSYCHOLOGIE

L'Année Psychologique, publiée par le prof. Henri PIÉRON, 27e année (1926). (1 vol. in-8°, 900 pages Félix Alcan édit.. Paris, 1927).

Suivant la coutume, cet important volume annuel débute par des mémoires originaux. *M. Henri Piéron,* étudiant *les problèmes de la perception et de la psychophysiologie* arrive à cette conclusion que l'ensemble des faits concernant la perception lui paraît soumis à deux grandes lois, dont la forme particulière ne doit pas masquer le caractère très général et où la notion de complexus embrasse l'attitude et l'ensemble des données sensorielles : 1° un complexus psychophysiologique qui a été en relation avec une expérience

©BIUM

objective donnée (comportant un succès des réaction adaptives) suscite la réaction perceptive spécifique de cette expérience, d'autant mieux que la relation a été plus fréquente ; 2° un complexus psycho-physiologique nouveau tend à susciter une réaction perceptive spécifique d'une expérience qui a été en relation avec un complexus analogue déjà éprouvé, d'autant mieux que la relation a été plus fréquente, et que l'analogie des complexus est plus marquée.

M. M. Foucault expose les résultats de ses recherches sur *la qualité du travail mental et les lois de l'exercice et de la fatigue.*

M. O. Decroly, en une étude critique et expérimentale indique les modalités et donne les conclusions d'un *essai d'application dans les écoles belges du Test de Ballard.* Les appréciations émises, à la suite de cette expérience, sur le test de 100 questions de l'inspecteur de l'enseignement primaire de Londres ne sont pas très enthousiastes. En dépit cependant des difficultés rencontrées, des objections soulevées, des améliorations proposées, le test en son état actuel a semblé susceptible de rendre des services.

Mme Henri Piéron présente l'étalonnage d'un *test d'intelligence* établi par elle *pour l'orientation professionnelle,* et destiné à l'orientation d'enfants de 12 à 13 ans. Elle donne les résultats de cette intéressante expérience réalisée sur 984 enfants des écoles communales de la Ville de Paris, résultats qui aboutissent a la construction de profils indiquant très clairement, dans bien des cas, les prédominances utiles à l'orientation professionnelle des enfants.

Le volume contient encore parmi les mémoires originaux un travail de *M. A. Pézard* sur *le déterminisme endocrinien du comportement psychosexuel chez les Gallinacés,* et un long mémoire de *Mlle Janina Budkiewicz,* étude expérimentale sur *les processus de mesure spatiale linéaire.*

Viennent ensuite les notes et revues de *M. B. Bourdon,* dispositif pour la démonstration des conditions de la localisation auditive mediane et latérale, de *M. Henri Piéron,* temps de latence et intensité des sensations lumineuses (note sur d'anciennes recherches d'ordre astronomique apportant la vérification anticipée d'une loi), de *M. Henri Piéron,* sur la loi qui relie la difficulté à la grandeur des tâches en théorie et en pratique, de *M. A. Fessard,* étude statistique des temps de réation et de leur variabilité, et de *M. A. Toltchinsky,* de l'Institut Central du Travail de Moscou, sur quelques corrélations relatives aux aptitudes techniques et aux capacités professionnelles.

Comme chaque année, le volume se termine par l'analyse

©BIUM

de tous les travaux importants parus en France et à l'étranger sur la Psychologie, la Psychotechnique, la Psychiatrie, la Neurologie et l'anatomo-physiologie nerveuse. Il serait superflu de souligner l'intérêt de cette publication, subventionnée par l'état, et qui a sa place marquée dans toute bibliothèque.

René CHARPENTIER.

La Psychologie d'aujourd'hui, par J.-J. VAN BIEWLIET, Professeur à l'Université de Gand, membre de l'Académie Royale de Belgique (1 vol. in-16, 154 pages, Félix Alcan, édit., Paris, 1927).

L'auteur expose d'abord l'infinie variété d'aspects que présente la vie consciente des êtres divers dans lesquels elle se manifeste. Il discute ensuite les différentes façons dont les psychologues abordent l'étude des phénomènes conscients (introspection, enquêtes, tests, observation scientifique, expérimentation).

En même temps que la psychologie se précisera par le contrôle toujours croissant des données introspectives, son champ de recherches s'étendra. Des sciences qui y confinent se développeront et apporteront des contributions précieuses sur certains aspects de la vie consciente, linguistique, histoire, anthropologie, études des civilisations antiques, d'autres encore. Il faut souhaiter que pour connaître de mieux en mieux les phénomènes conscients, objet de la psychologie, le nombre de ceux qui s'y intéressent et les diverses façons d'en aborder l'étude aillent sans cesse en se développant.

R. C.

Psychologie expérimentale, par Henri PIÉRON, Professeur au Collège de France et à l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris, Directeur du Laboratoire de Psychologie physiologique de la Sorbonne. (Un vol. in-16, 220 pages, Armand Colin, édit., Paris, 1927).

Par l'ensemble de ses travaux, par ses ouvrages, en particulier sur le sommeil, la mémoire, l'activité cérébrale, pour ne rappeler que les plus connus du grand public, M. Henri Piéron, professeur au Collège de France, successeur de Binet à la Direction de « l'Année Psychologique », était tout spécialement qualifié pour dresser le bilan actuel de la *Psychologie expérimentale*, science objective du comportement, si différente à tant d'égards, en son esprit

©BIUM

et ses résultats, de l'ancienne psychologie. Il suffit de parcourir la table des matières (processus réactionnels et formes du comportement, réaction affective et orientation de la conduite, réaction perceptive et acquisition de l'expérience, réaction intellectuelle et élaboration de l'expérience, niveaux d'activité et utilisation de l'expérience, stades et types mentaux) pour se rendre compte de tout ce que la nouvelle science a d'original et de l'importance des données positives rassemblées par elle depuis un demi-siècle. A la différence des psychologies antérieures, elle est capable d'applications pratiques dans le domaine de l'orientation professionnelle, en pédagogie, dans l'art de la publicité et de la réclame, dans la pratique judiciaire. Tous trouveront donc à lire le livre de M. Piéron le même intérêt et le même profit que les médecins, les physiologistes et les psychologues proprement dits.

R. C.

Unité de l'esprit. Le sens cérébral. (*Fonction prismatique du cerveau*), par E. ESTIENNY. *Préface* du Dr Paul VOIVENEL. (1 vol., in-12, 124 pages, Baillière, édit., Paris, 1927).

Dans ce livre extrêmement original, l'auteur a tenté une puissante synthèse des choses de l'esprit en ramenant les éléments épars de la pensée à un même foyer original existant dans l'Univers : l'Energie « pensuelle ». Matière et êtres (inséparables dans l'absolu) transforment, grâce à leur système nerveux propre, cette énergie brute, cette pensée générale, en autant de pensées locales (ou « consciences ») qu'il y a de formes différentes de vie dans le monde.

Au point de vue purement psychologique les chapitres : « Intelligence et Mémoire » et « Intelligence et Sexualité » mettent en cause deux grands systèmes philosophiques actuels : le Bergsonisme et le Freudisme.

La préface du Dr Paul Voivenel constitue une ouverture spirituelle, et délicatement déchargée de ces louanges hyperboliques dont un auteur ne se relève généralement pas.

©BIUM

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

De l'ataxie dysmétrique des yeux. *Remarques sur l'ataxie des yeux dite myoclonique* (*opsoclonie, opsochorie*), par le Professeur C. ORZECHOWSKI, de Varsovie (18 pages in *Journal für Psychologie und Neurologie,* Bd 35, Leipzig, 1927).

L'étude de l'encéphalite épidémique a mis en évidence la multiplicité des troubles moteurs des yeux. Le Prof. Orzechowski rapporte ici deux cas d'incoordination dysmétrique des yeux qui diffèrent du nystagmus par l'absence de rythme, et par ce fait que les écarts diminuent jusqu'à disparaître quand les yeux vont se fixer dans les positions extrêmes. Ce sont des troubles hypermétriques, très probablement d'origine cérébelleuse. Pour les mettre en évidence, il faut provoquer brusquement des fixations des globes sur des points disséminés dans les diverses régions du champ visuel.

La vision, indistincte quand le malade et les objets sont immobiles, devient plus difficile quand les objets se déplacent, et impossible quand le malade est en mouvement. Le malade doit être accompagné dans les rues où il se comporte en véritable aveugle.

M. Orzechowski différencie ce nouveau symptôme de l'*opsoclonie* (ataxie myoclonique) et de l'*opsochorie,* décrites par lui en 1913.

René CHARPENTIER.

Valeur clinique du nystagmus oculaire dans les affections du système nerveux central, par le Prof. HENRI ROGER, de Marseille (20 pages in *Revue d'Oto-Neuro-Oculistique,* mai 1927).

Excellente revue générale et mise au point du côté clinique de cette importante question. On a trop longtemps considéré le nystagmus comme pathognomonique de la *sclérose en plaques* et, sous ce prétexte, étendu d'une façon démesurée le cadre de cette maladie. Un nystagmus pourra être cependant le principal signe objectif d'une forme vestibulo-labyrinthique de sclérose en plaques ou d'*encéphalite* ultérieurement confirmée par l'évolution.

En présence d'un nystagmus rotatoire accompagné de

©BIUM

quelques symptômes bulbaires inférieurs, il faut penser à une *syringobulbie.*

Au cours d'un syndrome vertigineux avec latéropulsion et signes cérébellolabyrinthiques un nystagmus battant du même côté que la pulsion et les autres signes sera plutôt d'origine *cérébelleuse.*

Au cours d'une otite, un nystagmus battant du côté opposé à l'oreille atteinte sera attribuable à une *labyrinthite* plutôt qu'à un abcès cérébelleux.

René CHARPENTIER.

Quelques remarques à propos de la publication de Vizioli sur le phénomène de Piotrowski et le réflexe de la malléole externe, par le Dr Ch. SAGIN (Pleszew). *Nowiny Psychjatryczne. Dzickanka,* 1928, I-II.

L'auteur affirme que si le phénomène de Piotrowski (dans sa forme originale) se produit parfois chez les neurasthéniques ou chez les hystériques ou chez les gens bien portants, ce n'est que par suite d'une affection du système nerveux central.

Un examen neurologique exact a décelé un mal organique caché chez ces malades. Dans les cas en apparence normaux, où le phénomène existe, on a pu, tôt ou tard, constater l'apparition d'autres signes neurologiques. D'ailleurs même si le réflexe de Piotrowski se montre de temps en temps chez des neurasthéniques, chez des hystériques ou chez des individus bien portants, ce détail doit-il nécessairement infirmer le caractère pathologique du phénomène ? Le réflexe de Babinski apparaît aussi chez les individus sains, au moment d'une crise d'hystérie, au cours de maladies d'organes internes (pneumonie, néphrites, maladies du foie), et pourtant personne ne nie sa valeur pathognomonique.

Le doute quant au caractère pathologique du phénomène de Piotrowski s'évanouit si l'on considère les cas de P. G. et d'épilepsie, dans lesquels ce phénomène se montre, soit isolé soit accompagné du réflexe de Babinski, seulement après les accès et ceci pendant un temps plus ou moins long, allant de quelques heures à quelques jours, après quoi il disparaît et ne peut plus être décelé malgré l'hyperréflectivité des membres inférieurs.

L'hyperréflectivité ne constitue pas le caractère fondamental du phénomène, ainsi que Piotrowski lui-même l'a constaté.

Au cours de ses observations dans de nombreux cas d'hyperréflectivité des réflexes tendineux (hyperréflectivité fonctionnelle) l'auteur a constaté la présence du réflexe du

©BIUM

muscle jambier antérieur et l'absence du phénomène de Piotrowski. On ne saurait donc affirmer avec certitude que le phénomène de Piotrowski ne se manifeste que là où existe une hyperréflectivité tendineuse.

En réalité le phénomène de Piotrowski est souvent accompagné d'hyperréflectivité des extrémités inférieures, et ceci de caractère organique. L'auteur n'a pas constaté ce phénomène dans les cas d'hyperréflectivité fonctionnelle.

L'opinion que le phénomène de Piotrowski est un symptôme pathologique, ne peut être refutée par le fait que la flexion dorsale passive du pied produit un réflexe de posture locale dans le muscle jambier antérieur.

Pour obtenir le phénomène de Piotrowski, dit Vizioli, on imprime au pied, en premier lieu, un mouvement passif de flexion dorsale, qui produit en conséquence une contraction de posture locale du jambier antérieur. On percute ensuite le muscle en un point qui n'est pas son point moteur. On applique donc l'excitation sur un muscle qui est en état de subcontraction tonique et non pas dans la condition la plus favorable pour réagir au stimulus. Dans ces conditions la réaction directe du muscle sera extrêmement faible ou totalement nulle et l'excitation, ne pouvant se propager dans le muscle même, se répandra dans les zones « viciniores », et plus aisément encore dans les muscles de la région postérieure de la jambe, qui, selon la classification de Foix et de Thévenard, représente le vrai type des muscles d'action à réflectivité fort accentuée.

Il convient de constater, contrairement à Vizioli, que dans des cas nombreux d'hyperréflectivité, en percutant le muscle jambier antérieur en flexion dorsale (simultanée) passive du pied, l'auteur a trouvé, au lieu du phénomène de Piotrowski, qu'il prévoyait, une réaction physiologique tout à fait normale du muscle, c'est-à-dire une contraction active du muscle avec flexion dorsale encore plus prononcée et adduction plantaire du pied. Le stimulus agissait donc comme si la flexion dorsale passive n'avait pas eu lieu.

En présence de ce fait, l'opinion de Vizioli qui envisage l'état de subcontraction du muscle jambier antérieur par la flexion dorsale passive du pied comme une liaison entre le phénomène de Piotrowski et le réflexe de posture, — ne nous paraît pas fondée.

Au début Piotrowski ne recourait pas à l'expérience de la flexion dorsale passive et évoquait le phénomène du point d'insertion du muscle.

Il précise on ne peut plus nettement que le muscle jambier antérieur ne se trouvait pas en état de subcontraction,

©BIUM

au contraire, il se trouvait en état d'extension ; c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire qu'il se trouve en état de subcontraction, comme le dit à tort Vizioli. En conséquence, la flexion dorsale passive du pied et la percussion du muscle jambier antérieur à sa partie moyenne ne constitue pas le caractère essentiel du phénomène de Piotrowski.

Nous en concluons : que, puisque Piotrowski a provoqué un réflexe antagoniste du muscle jambier antérieur sans amener préalablement le pied à une posture de flexion dorsale, c'est-à-dire sans avoir causé un réflexe de posture locale (puisqu'il ne percutait pas le ventre du muscle contracté, mais le point d'insertion, c'est-à-dire le point moteur du muscle non contracté), l'évocation du phénomène apparaît sous un autre jour que ne le veut Vizioli. Le muscle se trouvant dans les conditions « les plus favorables » le stimulus pouvait agir normalement et en toute liberté.

Comme le réflexe de posture locale n'existait point, le phénomène de Piotrowski n'en dépendait certainement pas. Si la réaction antagoniste a pu se produire dans de pareilles circonstances, c'est selon toute probabilité à la suite de conditions anormales dans le système nerveux central. Dès que le muscle jambier antérieur réagit dans des circonstances normales à un stimulus d'une manière insolite et anormale, c'est-à-dire sous forme de réflexe antagoniste, de flexion plantaire (extension) du pied (parfois il s'est produit une flexion plantaire des orteils), il ne saurait être question de réaction physiologique, et le phénomène de Piotrowsky, se produisant indépendamment du réflexe de posture, est essentiellement tout autre chose qu'un réflexe physiologique.

Le réflexe de la malléole externe est associé au phénomène de Piotrowsky comme l'auteur l'a prouvé dans une étude publiée en collaboration avec le Dr Oberc, et il est sujet à la même évolution que le phénomène de Piotrowski.

L'influence des glandes endocriniennes sur le système nerveux, par le Dr W. Januszewski (Dzickanka).

L'auteur a composé un schéma sous forme de tableaux et présentant la relation de la disfonction des glandes endocriniennes avec certains symptômes pathologiques qui se produisent par suite de troubles fonctionnels endocriniens.

Bien que de Bordeu ait déjà noté en 1775 dans son travail « Analyse médicale du sang » que chaque organe produit des substances utiles et nécessaires à l'organisme, ce n'est pourtant que vers le milieu du XIXe siècle que l'endocrinologie se basa sur des fondements réels, grâce aux études de

©BIUM

Bertold, Addison, Brown-Séquard, etc. Dans les derniers temps les études ont eu de nouveaux résultats éclairant les conditions physiologiques et pathologiques du système parasympathique. Entre autres il a été possible d'isoler certains cas cliniques, résultant des lésions des glandes endocriniennes.

L'auteur considère comme établie l'influence des glandes sur les phénomènes de la vie physique et psychique.

NEUROPSYCHIATRIE

L'Etat mental au cours des Tumeurs cérébrales, par le Dr G. VERMEYLEN, agrégé de l'Université de Bruxelles (16 pages in *Le Scalpel,* 31 décembre 1927).

Pour examiner l'état mental au cours des tumeurs cérébrales, M. Vermeylen a soumis ses malades aux méthodes d'investigation psychique en usage dans la pratique médico-pédagogique, pour objectiver l'état des différentes fonctions mentales chez le sujet, suivre les fléchissements et les relèvements de l'activité cérébrale. Il donne des exemples de courbes ainsi obtenues au moyen de tests.

Au début, contrairement à ce que l'on constate dans la plupart des formes de déficit mental, ce sont les fonctions psychiques automatisées qui semblent les plus atteintes, les fonctions psychiques volontaires s'exerçant normalement dans la mesure où la fatigabilité extrême de ces sujets le leur permet.

Plus tard, les signes psychiques, plus apparents, deviennent moins importants pour le diagnostic, ils gardent pourtant une grande valeur pour suivre les résultats des interventions thérapeutiques et en commander le renouvellement éventuel. René CHARPENTIER.

Contribution à la symptomatologie du pithiatisme, par CHODOS (*Sovremennaia psychonevrologuia,* janvier 1927).

L'auteur étudie les réactions des pithiatiques à l'égard de leurs « lésions », par comparaison à celles des organiques. Tandis que ceux-ci sont malheureux, se plaignent de leurs troubles et demandent l'aide du médecin, ceux-là restent calmes et comme s'ils ignoraient leurs « lésions ». Par contre, ils se plaignent au médecin de troubles minimes par comparaison à la « lésion » principale.

Cette réaction de pithiatiques serait la conséquence de la tendance inconsciente de la « fuite dans la maladie », ils voudraient distraire l'attention du médecin de la « lésion » qui symbolise toute leur maladie.

©BIUM

Cela serait le contraire de ces tendances d'hystériques, notées par les anciens auteurs, qui consistaient à exagérer leurs troubles.

Ce symptôme servirait à faire le diagnostic différentiel entre l'organique, le pithiatique et le simulateur. Ce dernier exagère et aggrave le trouble fonctionnel.

FAIL.

L'hypnose et le code pénal, par O. BIELAWSKI (*Nowiny psychiatryczne*, 1926, 1 Sem.).

Le projet du Code Pénal Polonais considère qu'un délit accompli sous l'influence de la suggestion ou de l'hypnose n'entraîne pas la responsabilité du délinquant. Par contre, la loi ne prévoit pas la punition de l'hypnotiseur qui applique l'hypnose dans les buts non médicaux et qui suggère à l'hypnotisé des idées immorales ou répréhensibles. L'auteur demande l'assimilation de ces cas à des blessures graves et exige que le ministère public inculpe d'office l'hypnotiseur, vu l'incapacité de l'hypnotisé de porter la plainte lui-même.

FAIL.

Du complexe nerveux causé par un simple traumatisme physique non compliqué d'un traumatisme psychique, par BECHTEREW et CHOUMKOFF (*Sovremennaia psychonevrologuia*, janvier 1927).

Tous les traumatismes physiques, mêmes minimes, laissent des traces nerveuses, qu'on peut déceler sur le corps traumatisé, soit à l'endroit même du traumatisme, soit à un autre point éloigné du côté homolatéral, soit encore du côté opposé. Selon l'intensité du traumatisme, ces traces sont tantôt éphémères et disparaissent très rapidement, tantôt elles sont durables et persistent des mois et des années. Ces traces consistent en phénomènes d'hyperesthésie, d'hypoesthésie, d'anesthésie, en troubles de vaso-motricité, de réflexes dont le point de départ sont les muqueuses, et même en troubles dynamo-musculaires.

FAIL.

PEDAGOGIE

Les résultats de l'examen psychométrique des élèves de la ville Dnepropetrovsk, par le Dr LEVIN. (*Sovremennaia psychonevrologuia*, janv. 1927).

Les données de l'examen de 98 élèves selon les méthodes de Rossolimo (tests courts) et de Binet-Simon, ont permis à l'auteur les constatations suivantes :

©BIUM

Le nombre des grands arriérés (le niveau intellectuel étant de plus de 4 ans au-dessous de l'âge) est le même selon les deux méthodes ; le nombre des normaux a augmenté selon les tests de Binet-Simon et le nombre des petits arriérés (de 1 à 4 ans au-dessous de leur âge) a diminué selon cette dernière méthode.

En effet, des tests de Binet-Simon, il en est certains que l'enfant résout à la fois par ses moyens individuels et par ceux que lui donne le milieu où il vit ; il en est d'autres qu'il résout uniquement avec ces derniers.

L'auteur conclut que chez plus de la moitié des enfants perce l'influence du milieu. Pour des expériences psychologiques, il faudrait donc éliminer ceux de tests de Binet-Simon où l'influence du milieu se traduit dans les réponses.

Quant à l'application des tests de Binet-Simon, l'auteur juge indispensable de poser les questions dans la langue maternelle des enfants interrogés (l'auteur a examiné les écoliers juifs parlant une langue très mélangée). Ensuite, il considère certaines questions comme trop difficiles pour l'âge indiqué par MM. Binet-Simon, par exemple : la comparaison esthétique à 6 ans, la date à 8 ans, enfin tous les tests pour 15 ans.

Le nombre des grands arriérés (de 8 à 10 ans = 11 0/0, de 11 à 15 ans = 1,3 0/0) et des petits arriérés (de 8 à 10 ans = 23,3 0/0, de 11 à 15 ans = 11 0/0) serait sous la dépendance du manque de surveillance à la maison, de la famine, des maladies infectieuses, de la tuberculose, de l'anémie, du manque de vêtements et de nourriture. Il faut remarquer que les enfants nés pendant la guerre (âgés de 8 à 10 ans) paient un plus large tribut à l'arriération mentale.

Gabriel FAIL.

PSYCHIATRIE

Les psychoses des ovariotomisées, par MM. P. COMBEMALE et H. DEMACON (23 pages, in *Echo Médical du Nord*, 28 août 1926).

MM. P. Combemale et H. Demacon, résumant 8 observations, rappellent que l'ovariotomie complète aggrave souvent les états psychopathiques quand ceux-ci sont de nature dégénérative. Dans d'autres cas, selon eux, l'ovariotomie complète, par le déséquilibre endocrinien qu'elle commande, semble être la raison déterminante des troubles présentés. Pour pouvoir rattacher les troubles mentaux, d'ailleurs variables et divers, à la suspension de l'activité endocrine de l'ovaire, deux conditions sont nécessaires : temps de

©BIUM

latence supérieur à six mois entre l'apparition des troubles et l'intervention, silence psychopathique antérieur.

R. C.

La pseudo-simulation, par KRASNOFF (*Sovremennaia psychonevrologuia,* janvier 1927).

Le pseudo-simulateur est un vrai psychopathe qui a été considéré comme simulateur par un médecin. Ces fautes de diagnostic peuvent faire encourir au pseudo-simulateur de graves punitions dans l'armée. L'auteur étudie les moyens d'éviter ces fautes de diagnostic et cite, notamment, le rôle que pourrait jouer l'institution du livret personnel qui suit le sujet depuis son adolescence à l'école et qui contient des notes sur sa santé et sur sa conduite. Ce système aurait été employé déjà avec succès en Allemagne.

FAIL.

De la constitution mythomaniaque, par JILINE (*Sovremennaia Psychonevrologuia,* janvier 1927).

Se basant sur les observations de 3 mythomanes, l'auteur trouve chez eux les mêmes bases psychopathologiques : une vive imagination mégalomaniaque et une mémoire docile, sans laisser au mythomane le sens exact de la réalité. Le mythomane est un égocentrique qui « veut attirer sur lui l'attention de tout le monde et l'étonner ». Ces tendances peu antisociales en elles-mêmes peuvent parcourir toute la gamme, allant jusqu'à exposer le sujet aux rigueurs de la loi. Les sentiments moraux du mythomane sont instables et défectueux. Il est insouciant dans ses affaires, superficiel dans ses jugements. La mythomanie peut s'associer aux autres constitutions psychiques et tendances sans les masquer.

La mythomanie, cette tendance à la production imaginaire, peut avoir une expression très noble dans l'œuvre littéraire. (L'écrivain russe Garschine appartenait à une famille de psychopathes où la constitution mythomaniaque était associée à la constitution cyclothymique).

La mythomanie est une constitution psychique bien déterminée et ne peut pas être englobée dans des troubles appelés autrefois hystériques.

FAIL.

Le traitement forcé de l'alcoolisme, *Sovremennaia psychonevrologuia,* janvier 1927. *Chronique.*

La commission centrale de la lutte contre l'alcoolisme a décidé d'appliquer le traitement de l'alcoolisme par con-

©BIUM

trainte. L'examen, l'observation et le traitement seraient faits par le service de santé local. Ils s'appliqueraient aux personnes chez lesquelles, sous l'action de l'alcool, apparaissent des signes de dérangement psychique qui troublent le calme public, l'ordre et les convenances sociales, qui empêchent le travail et qui mettent en péril leur famille et leur entourage, qui dilapident et détruisent leur fortune.

Ce traitement devra être appliqué dans les asiles, dispensaires, etc.

Les personnes très dangereuses pour la vie sociale seraient traitées dans des établissements spéciaux où elles seraient isolées, et où il leur serait appliqué un régime thérapeutique et où elles travailleraient.

Les organes de la milice seraient chargés de l'application du traitement par contrainte.

Les plaintes contre l'abus du pouvoir qui en résulte seront dirigées dans le service de la Santé.

La décision du service de Santé du gouvernement ou de la région serait définitive.

FAIL.

La sécrétion interne de l'ovaire et l'entretien de l'activité intellectuelle, par MM. P. COMBEMALE et H. DEMACON (23 pages in *Echo Médical du Nord*, 27 août 1927).

De ce travail, les auteurs concluent que la sécrétion interne de l'ovaire intervient dans la constitution de l'humeur, de l'émotivité, de l'attention, de la volonté, de la fatigabilité, et soulignent le rôle que joue cette glande dans l'entretien de la parfaite activité de tout le psychisme.

R. C.

Démence précoce et traitement homofamilial, par le Prof. AUG. LEY (in *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, février 1928).

Présentation d'une malade destinée à illustrer l'opinion du Prof. Bleuler que « plus on peut éviter pour les schizophrènes le traitement à l'asile, mieux cela vaut pour eux ».

R. C.

La vaccinothérapie en neurologie et en psychiatrie, par le Dr A. WIRSZUBSKI (Wilno). *Nowiny Psychjatryczne. Dzickanka*, 1928, I-II.

L'auteur donne une revue du traitement des différentes catégories de maladies nerveuses et mentales à l'aide de vaccins ; il y ajoute ses observations personnelles et ses expériences. Pour terminer, il critique sévèrement la passi-

©BIUM

vité des neurologues en ce qui concerne la cure des maladies nerveuses.

L'organisation du service des gardes-malades dans l'hôpital psychiatrique, par le Dr Al. PIOTROWSKI.

L'auteur discute la question du personnel des gardes-malades dans l'hôpital psychiatrique. De sérieuses études professionnelles sont indispensables pour assurer un fonctionnement régulier tant pour le bien des malades que pour élever ou maintenir ce personnel au niveau social convenable. La profession de garde-malade bien comprise est une spécialité difficile, sérieuse et pleine de responsabilité, elle absorbe toutes les facultés physiques et intellectuelles ; il faut s'y adonner de tout cœur.

Le personnel ne peut pas être bien préparé à ses devoirs, si le médecin-aliéniste n'est pas secondé dans ses efforts éducatifs par les gardes-malades supérieurs et anciens. Si le médecin et le garde-malade supérieur sont à la hauteur de leur profession, le malade sera entouré de soins pleins de sollicitude et les nouveaux postulants apprendront à devenir des aides utiles. Le bon exemple des anciens joue un grand rôle dans l'éducation des nouveaux.

L'auteur trace le plan de cette éducation, énumère les objets à enseigner aux cours pour gardes-malades, représente la méthode à employer pour la promotion du personnel d'un grade inférieur aux grades supérieurs ; il exige un minimum de 54 et un maximum de 66 heures de travail par semaine et expose la méthode appliquée à Dzickanka qui permet — malgré un nombre inférieur de gardes-malades — de satisfaire aux exigences du service sans surcharger le personnel. Il énumère les règlements et les prescriptions auxquels le personnel est soumis à Dzickanka.

Le principe de la liberté personnelle et l'hospitalisation forcée d'un aliéné, par le Dr Al. PIOTROWSKI.

La liberté personnelle est le plus grand bien de l'homme et tout citoyen a le droit imprescriptible d'en jouir. Ceci étant admis, il importe de respecter ce droit et d'en assurer la stabilité au moyen de garanties légales et sociales et de ne pas permettre d'y porter atteinte sans raison ou nécessité ni de le limiter illicitement.

Tout en maintenant le principe de l'inviolabilité de la liberté personnelle, il faut néanmoins s'élever contre son application inconsidérée, qui pourrait aboutir à l'absurde, et ceci, dans les cas d'affection mentale, où un malade ayant besoin pour son traitement de soins dans un hôpital, ne

©BIUM

voudrait pas se soumettre de bon gré à une cure effective, de sorte que, de peur de porter atteinte à sa liberté personnelle, on renoncerait à l'hospitaliser. L'internement d'un aliéné dans un hôpital psychiatrique par contrainte comporte une violation de sa liberté personnelle. Bien des malades protestent contre leur hospitalisation et portent plainte aux magistrats ou bien aux autorités administratives contre une violation soi-disant illicite de leur liberté personnelle.

L'auteur cite deux cas de protestations contre l'internement et indique les surprises qui attendent l'aliéniste à l'occasion de l'admission d'un malade à l'hôpital.

Au sujet de l'hospitalisation des aliénés, les non-professionnels ont des idées autres que l'aliéniste qui s'inspire exclusivement des données médicales tandis que ceux-là s'appuient avant tout sur la violation du principe de la liberté personnelle.

L'auteur insiste sur la nécessité du contrôle et de la surveillance en matière de psychiatrie et donne les moyens d'exercer ce contrôle. Il rejette toute idée de contrôle exécuté par une commission de non-professionnels, la considérant comme inopportune, et peu pratique, il déconseille aussi tout contrôle par une commission mixte (médecins et non-professionnels), il consentirait au contrôle judiciaire, et il en arrive à cette conclusion que le moyen le plus pratique de résoudre le problème serait d'établir un office central particulier dirigé par des spécialistes, et chargé de trancher les différends en cas de plainte déposée par le malade au sujet de son internement dans l'hôpital psychiatrique.

Les impressions d'un psychiatre polonais sur l'assistance des aliénés en Hollande, par le Dr W. Luniewski. (Tworki).

L'auteur expose les bases qui servent de fondement à la loi du 27 avril 1884 sur le régime des aliénés en Hollande ainsi que l'ordonnance du 15 juillet 1904 sur le fonctionnement du service ouvert. L'auteur donne une description détaillée de l'organisation de l'assistance des aliénés en Hollande, ainsi que de la surveillance de l'Etat sur les hôpitaux psychiatriques, exercée par deux Inspecteurs. Il fait part des données statistiques puisées dans les travaux de l'Inspecteur M. le Dr Schuurmans-Stekhoven, données qui affirment le développement prodigieux des hôpitaux psychiatriques hollandais durant les derniers 75 ans. Ce développement se révèle par l'augmentation numérique des places pour les malades, ainsi que par les efforts entrepris

©BIUM

pour leur assurer les meilleures conditions d'assistance et de traitement. L'auteur énumère les différentes catégories d'hôpitaux psychiatriques hollandais (hôpitaux de l'Etat, des communes, fondations religieuses, etc.), les associations adonnées à l'assistance des aliénés. Il décrit le système hollandais d'instruction du personnel d'infirmiers, réglementé par la loi du 2 mai 1921 ; il parle du système pénitentiaire hollandais et du règlement spécial pour les psychopathes détenus judiciairement.

La seconde partie de l'article contient les impressions de l'auteur sur 12 hôpitaux, établissements psychiatriques hollandais qu'il avait visités en juillet 1927. L'auteur constate la richesse des installations, l'ordre et la discipline parfaite qui y règnent, la peine que se donnent les aliénistes hollandais pour perfectionner l'assistance et développer le traitement des maladies mentales. L'auteur souligne avec plaisir l'extrême affabilité et la bienveillance dont il a été l'objet de la part de MM. les Inspecteurs et des collègues — Directeurs des hôpitaux visités.

Br. MAKOWSKI

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 23 avril 1928

Président : M. DE CLÉRAMBAULT

Moyen de défense d'un halluciné de l'ouïe, par M. LEROY. — Persécuté anxieux, avec hallucinations auditives constantes depuis 4 ans 1/2, tient constamment le médius de chaque main dans ses oreilles. Cette attitude stéréotypée a produit, à la longue, des déformations : cavité des oreilles dilatées, médius amincis.

Syndrome algique pseudo-tabétique, abolition des réflexes pupillaires, anesthésie trijemellaire, crises épileptiques chez un ancien commotionné de guerre, par MM. R. DUPOUY et A. COURTOIS. — Apparition chez un homme de 52 ans, 12

©BIUM

heures après une commotion par éclatement d'obus, d'une monoplégie brachiale gauche. Amyotrophie du bras et du pectoral gauche avec analgésie. Dissociation syringomyélique de la sensibilité dans le domaine du V croisée. Abolition des réflexes pupillaires. Diminution des réflexes rotuliens, disparition des achilléens, troubles de la miction. Douleurs fulgurantes allant de l'orteil droit jusqu'à la base du crâne. Crises convulsives. Réactions humorales négatives. Morphinomanie imposée par l'intensité des douleurs éprouvées. Les auteurs rapportent les phénomènes observés à une lésion hémorragique pédonculo-protubérantielle avec hémato-myélie.

Psychose imaginative avec ébauche d'automatisme mental, par MM. Roger DUPOUY et Jean PICARD. — Observation d'une femme de constitution imaginative en période de préménopause et sujette à des désirs obsédants de maternité. A la suite de préoccupations justifiées est apparu chez elle un état d'onirisme. A côté d'hallucinations visuelles épisodiques, on constate des représentations mentales pseudo-hallucinatoires à caractère sexuel, des hyperesthésies auditives et olfactives, des dysesthésies cutanées en rapport vraisemblable avec des troubles circulatoires et endocriniens des endophasies aboutissant à de véritables hallucinations pychiques.

Un cas de maladie d'Alzheimer, par MM. M. TRÉNEL et COULLOUDON. — Femme de 49 ans, entrée dans un état d'hypertonie généralisée avec exagération des réflexes. Apparences d'apraxie difficilement démontrable en raison de l'extrême réduction de tous mouvements volontaires et actifs, mutisme absolu. Le diagnostic se fait rétrospectivement par l'histoire de la maladie: début il y a 2 ans par une apraxie d'abord professionnelle, puis se manifestant sur tous les actes de la vie. Démence progressive s'accompagnant de symptômes. Réactions humorales négatives. L'ensemble semble réaliser le syndrome d'Alzheimer.

Epilepsie et parkinsonisme consécutifs à une encéphalopathie infantile. Considérations anatomo-pathologiques, par MM. L. MARCHAND, A. COURIOIS et R. SZMLANSKI. — Nouvelle observation d'un cas de parkinsonisme avec épilepsie survenu chez un jeune sujet, à la suite d'une encéphalopathie infantile. Début de l'épilepsie à 3 ans et installation progressive du syndrome parkinsonien. Mort à 18 ans. L'exa-

©BIUM

men anatomo-pathologique décèle une sclérose corticale prédominant autour des vaisseaux sous lésions méningées, un état criblé des noyaux gris centraux, des lésions d'encephalite encore en évolution dans le locus niger et le bulbe. Sclérose hépatique et dégénérescence cellulaire rappelant les lésions du foie dans la maladie de Wilson.

Etude psychologique d'un schizophrène, par MM. LEROY et POTTIER. — Il s'agit d'un jeune homme interné à la suite d'impulsions violentes contre ses parents et présentant un état de dépression d'aspect mélancolique dû à la conscience remarquable qu'il a de ses troubles : indifférence affective vis-à-vis du monde extérieur et ses parents, perte de toute activité pragmatique du fait du trouble progressif de ses asssociations d'idées. L'analyse psychologique de ce malade pose la question des rapports de la pychasthénie et de la schizophrénie.

De quelques modifications biologiques pendant l'aura épileptique, par Mlle SERIN et J. PICARD. — Les auteurs n'ont pas trouvé à cette période de modifications sanguines importantes ni d'hyperleucocytose. La glycémie est restée normale, seul le taux de la cholestérinémie habituellement élevé dans l'épilepsie semble subir une exagération transitoire à cette période.

Contagiosité du parkinsonisme encéphalitique, par MM. Jean PICARD et Pierre MASQUIN. — Les auteurs rapportent une observation d'encéphalite épidémique contractée au chevet d'une malade atteinte de parkinsonisme encéphalitique. Ce sujet, deux ans après, a présenté lui-même un syndrome parkinsonien qui s'est accompagné récemment d'une adiposité importante. Cette observation rappelle à nouveau la possibilité de la contagion de l'encéphalite à sa phase parkinsonienne, ce qui plaide en faveur de la persistance active et prolongée de virus dans les centres nerveux.

L. MARCHAND.

©BIUM

Société de Psychiatrie

Séance du 26 avril 1928

De l'opposition familiale au placement d'un aliéné dans la pratique psychiatrique, par MM. Ed. TOULOUSE et Roger DUPOUY. — Les auteurs étudiant le problème social que soulève l'opposition d'une famille à laisser interner un malade malgré l'évidente nécessité de cette mesure. Ils estiment qu'en matière d'aliénation mentale le secret médical ne saurait être absolu et qu'il y aurait lieu d'assimiler l'aliéné, lorsque son affection le porte à des réactions antisociales, au malade atteint d'une affection contagieuse : tous deux sont dangereux pour la collectivité. L'aliénation mentale à caractère dangereux devrait ainsi figurer sur la liste des maladies à déclaration facultative.

L'insuffisance hépatique dans les psychopathies aiguës relevées par l'épreuve du rose bengale. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et PIERRE-BOURGEOIS ont pratiqué l'épreuve du rose-bengale selon la technique de Fiessinger et Waiter dans plusieurs cas de psychopathies aiguës. Ils ont trouvé des taux de rétention moyens et même forts dans des cas de psychose alcoolique, de confusion mentale et de dépression mélancolique. Ainsi cette épreuve met facilement en évidence l'insuffisance hépatique qui joue souvent un rôle capital dans le déterminisme de ces accidents mentaux aigus.

Les constantes urinaires de la migraine, par R. RAFFLIN. — Les modifications urinaires trouvées dans la migraine se rapprochent de celles qu'on trouve dans l'hyperpnée et dans l'asthme bronchique anaphylactique.

L'épilepsie convulsive essentielle, l'épilepsie traumatique, des céphalées diverses, ne donnent pas ces caractéristiques.

Epilepsie et alcalose, par H. CLAUDE et R. RAFFLIN. — L'alcalose préparaxystique se trouve décelée par l'examen suffisamment fractionné des urines. L'alcalose épileptique appartient à un syndrome que les auteurs décrivent. Son rôle est seulement favorisant tandis que l'importance des lésions reste de premier plan.

Ralentissement du comportement chez un psychasthénique constitutionnel atteint de parkinsonisme encéphalitique, — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et R. BONNARD présentent un parkin-

©BIUM

sonien encéphalitique avec constitution psychasthénique, et chez qui les actes et les opérations intellectuelles sont accomplis avec une lenteur extraordinaire : les repas durent 4 ou 5 heures, toute réponse exigeant une certaine réflexion qu'après 1 ou 2 minutes de silence. Ils mettent en évidence chez ce malade un souci pathologique de la perfection. Ils discutent pour les écarter les hypothèses de doute simple, de pithiatisme et de démence précoce, et ils attribuent le ralentissement de comportement à l'état du parkinsonisme et au souci de perfection lié à la constitution psychasténique.

Psychologie de la schizophrénie. — M. STOCKER distingue dans les phénomènes psychiques deux parties : une partie « génopsychique » représentant les dispositions générales commmune à tous les hommes, et une partie « parapsychique » représentant les dispositions acquises par chaque individu particulier.

Chez l'individu normal, ces deux tendances jouent harmonieusement. Chez les schizophrènes, au contraire, il y a antagonisme entre l'individu, — parapsychique et le génésique. — génopsychique.

Le traitement préventif des accidents d'intolérance à la ponction lombaire par le chlorure de calcium intraveineux. — MM. R. TARGOWLA et A. OMBREDANE ont obtenu, par l'injection intraveineuse de 10 cc d'une solution à 10 0/0 faite immédiatement après la ponction une diminution considérable du nombre et de la gravité des accidents consécutifs à la rachicenthèse. Ce traitement, basé sur la pathogénie vasomotrice des accidents permet de ne pas immobiliser le malade. Pour éviter quelques troubles tardifs, il est bon de renouveler l'injection le lendemain.

Action sédative et suspensive du calcium intraveineux dans l'angoisse et l'agitation des anxieux, les crises névropathiques et l'épilepsie. — MM. R. TARGOWLA et A. OMBREDANE insistent sur l'intérêt de cette médication trop peu employée contre certains phénomènes psychonévropathiques d'allure paroxystique ; elle constitue un traitement surtout symptomatique, presque à caractère d'urgence souvent supérieur aux calmants habituels. Elle mérite également, semble-t-il, de prendre une certaine place dans le traitement de l'épilepsie.

Roman policier. Du delire type hallucinatoire chronique au delire d'imagination. — MM LÉVY-VALENSI, MEIGNANT et LACAN présentent un malade de 40 ans, qui depuis treize mois fait

©BIUM

un délire à thème policier : de Beaucaire il assistait à des scènes suivies de vol à Paris, entrait en communication de pensées avec les agents parisiens et la gendarmerie de Beaucaire, faisait filer les malfaiteurs. Finalement, il a fait le voyage de Paris pour compléter ses déclarations à la police et a été interné après une démarche au commissariat. Sans insister sur les détails de ce roman délirant très riche, les auteurs étudient son substratum.

Lors de son internement, le malade a été certifié : psychose hallucinatoire chronique, et, de fait, la présence d'hallucinations visuelles, auditives, voire génitales, d'échos des actes et de la pensée semblait évidente. Cependant, deux faits frappaient dès l'abord : d'une part, le caractère surtout nocturne ou hypnagogique des phénomènes, rappelant le délire de rêve à rêve autrefois signalé par Klippel, la conviction délirante persistant cependant tout le jour ; d'autre part, l'existence d'un appoint imaginatif important : « mentisme perçu comme exogène, intentions visuelles... Visions hypnagogiques et lucides, animées et combinées, peut-être parfois évocables (?) » (Certificat primitif de M. de Clérambault).

Deux mois plus tard, le malade se présente comme un imaginatif. Aucune interprétation. Hallucinations extrêmement réduites, sinon complètement disparues (les phénomènes d'écho de la pensée et des actes semblent avoir disparu les derniers). Roman imaginatif extrêmement riche, s'accroissant pour ainsi dire par avanlanches ; suggestibilité et possibilté de provoquer aux récits déjà faits telle ou telle addition à laquelle s'attache la conviction immédiate. Idées mégalomaniaques de plus en plus fantastiques.

Le peu de renseignements obtenus sur les antécédents du malade rendent difficile un jugement sur sa constitution mentale antérieure. Il semble toutefois que le malade ait été toujours imaginatif ou un mythomane (poète, instable...). D'autre part, au début du séjour du malade à l'asile, les stigmates de subéthylisme étaient nets. La syphilis est possible (réactions biologiques négatives, mais irrégularité pupillaire et leucoplasie). Sans pouvoir l'affirmer, MM. Lévy-Valensi, Meignant et Lacan croient qu'il s'est agi d'une poussée onirique (toxique ou infectieuse) chez un prédisposé. La poussée terminée, les caractères proprement oniriques du délire et leurs hallucinations se sont atténués et tendent à disparaître. Mais la tendance originelle mythomaniaque a subi un coup de fouet. L'affection tend à prendre l'aspect d'un délire d'imagination de plus en plus pur, et peut ainsi rentrer dans le cadre des « délires post-oniri-

©BIUM

ques systématisés chroniques par développement de tendances originelles », de Gilbert-Ballet (*Bulletin médical*, 8 novembre 1911, p. 959, n° 87).

André CEILLIER.

Société belge de médecine mentale

Séance du 25 février 1928

Présidence du Dr VERVAECK (Bruxelles)

Dr VERVAECK (Bruxelles), **L'assistance et le traitement du psychopathe délinquant.** — Dans son discours présidentiel, le Dr Vervaeck, directeur du service anthropologique pénitentiaire, trace une esquisse des mesures d'assistance et de traitement, susceptibles aux différentes étapes de la vie du psychopathe à tendances antisociales, de modifier ses tares et d'en prévenir les conséquences dangereuses. Elles ne peuvent être asurées dans toute leur ampleur que par la collaboration confiante des magistrats et des médecins.

C'est ainsi qu'à Bruxelles toute une série de mesures ont pu être prises dans ce domaine ; elles ont pour objectif de soumettre à un contrôle psychiatrique régulier et efficace divers groupes de délinquants anormaux qui jusqu'à présent devraient être envoyés à la prison ou à l'asile ou, ce qui est pire encore, laissés en liberté, à la suite d'une ordonnance de non-lieu ou d'un jugement d'acquittement, sans qu'on se soit préoccupé de les entourer de la protection sociale et morale indispensable pour leur éviter la récidive.

C'est au Dispensaire d'Hygiène mentale qu'est confié une grosse partie de cette œuvre de préservation sociale : il s'occupe :

1° de la surveillance des psychopathes renvoyés des poursuites, parce qu'irresponsables, condamnés avec sursis ou libérés conditionnellement ;

2° des délinquants juvéniles que le juge des enfants a autorisé à rester dans leur famille ;

3° des malades mentaux indigents, jugés aptes à rentrer dans la vie sociale après un séjour à l'asile.

Enfin le Dr Vervaeck rappelle brièvement les heureuses mesures prises ces dernières années pour assurer dans les prisons belges le traitement des débiles et anormaux de tout ordre, des malades nerveux et mentaux et des toxicomanes, mesures qui peuvent être ramenées en somme à donner à

©BIUM

tous les établissements pénitentiaires un caractère psychiatrique.

Il termine son intéressant exposé en insistant sur la nécessité de compléter la réforme du régime pénitentiaire par une législation énergique de défense sociale contre les anormaux dangereux et les récidivistes incorrigibles.

Dr Vermeylen et Dr Vervaeck fils (Bruxelles), **Délire d'indignité sans mélancolie.** — Les auteurs rapportent l'observation d'une malade qui présente un syndrome délirant primaire de type mélancolique sans qu'il soit possible de retrouver chez elle les troubles affectifs profonds de la psychose dépressive, ni le ralentissement des processus intellectuels, ni leur ralentissement sur l'activité générale de la malade ou sur sa santé physique. Ce délire paraît être une réaction de la personnalité psychique de la malade contre des tendances profondes d'ordre sexuel, inacceptables pour elle ; au même titre que ces réactions délirantes dues à la subduction mentale morbide décrite par le regretté Mignard. Les manifestations émotionnelles sont, chez cette malade, rares, épisodiques, nettement secondaires aux paroxysmes délirants. Rapprochant ce délire primitif du tableau décrit jadis par Séglas, sous le nom de délire primitif systématisé d'autoaccusation, les présentateurs relèvent, à côté de nombreux traits communs, dont surtout l'attitude générale de la malade, quelques divergences importantes, principalement l'absence de constitution paranoïaque et le caractère nettement centrifuge des préoccupations délirantes. Aussi cette observation est-elle difficile à classer, aucun élément ne permettant actuellement de la rattacher à un type paranoïde éventuel des folies discordantes.

Le Prof. Hamelynck (Gand) demande s'il ne s'agit pas de contagion mentale, la malade ayant assisté à une crise mélancolique de sa mère.

Le Prof. Divry (Liège) croit qu'il faut classer la malade parmi les démences paranoïdes, la malade présentant une nette scission entre la sphère intellectuelle et la sphère affective.

M. Titéca (Bruxelles) croit également que les phénomènes de discordances doivent orienter vers le diagnostic de D. P.

M. Vermeylen (Bruxelles). — L'observation directe de la malade ne permet pas à l'heure actuelle de s'arrêter au diagnostic de D. P. dont elle n'a aucun des symptômes cardinaux. Seule l'évolution ultérieure pourra préciser le caractère nosologique de ce curieux tableau clinique.

©BIUM

Séance du 31 mars 1928

Tenue à la Clinique psychiatrique universitaire de Lovenjoul (Louvain)

Présidence du Dr VERVAECK

Prof. D'HOLLANDER (Louvain). **Un cas d'audi-mutité.** — L'auteur présente une imbécile profonde présentant des signes d'une arthnopathie tabétique de l'artrésie de la mâchoire supérieure et de l'Argyll-Robertson. Les réactions de laboratoire donnent un W. positif. Ce qu'il y a d'intéressant chez cette malade c'est que malgré une intelligence relativement développée le langage est absolument nul sans qu'il y ait pourtant de troubles auditifs.

M. VERMEYLEN (Bruxelles). La mutité semble s'expliquer par l'état de retard intellectuel profond de la malade. L'audi-mutité demande pour être établie non seulement la conservation de l'ouïe, mais aussi un développement intellectuel suffisant pour permettre l'acquisition du langage, ce qui n'est pas le cas.

Le Prof. DECROLY (Bruxelles) croit pourtant que le niveau mental de la malade est suffisant pour lui permettre normalement d'apprendre quelques rudiments de langage.

Prof. D'HOLLANDER (Louvain). **Aphasies et démence.** — Présentation d'une série de malades de la clinique présentant des troubles du langage à forme de jargonaphasie représentant en somme un jeu verbal chez des hypomaniaques et des débiles agités. L'auteur rapproche ces cas de ceux de démentes jargonaphasiques chez lesquelles il n'y a pas de foyers de ramollissement dant les zones du langage. Présentation de pièces. Peut-être classe-t-on trop facilement dans l'aphasie de simples troubles fonctionnels du langage.

Prof. D'HOLLANDER (Louvain). **Syphilis cérébrales et P. G. atypiques.** — Présentation de quelques cas de malades présentant l'aspect clinique et l'évolution de P. G., mais sans signes humoraux ni résultats appréciables par la pyretothérapie. D'autres cas correspondent à des démences précoces avec W. positif dans le sang, et qui pourraient passer pour des P. G.

⁂

Après la séance, visite de l'hôpital psychiatrique de l'Université de Louvain et du Sanatorium de Lovenjoul, situés dans la propriété léguée, avant la guerre, par le vicomte de Spoelbergh, de Lovenjoul, à l'université et inaugurés depuis quelques mois à peine.

G. VERMEYLEN.

©BIUM

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Le poste de Médecin-Chef de service à l'Asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Docteur Guillerm.

MÉDAILLE D'OR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le Dr SALOMON, Médecin-Directeur de l'Asile de Lesvellec (Morbihan).

Nous lisons dans l'*Aliéniste Français* (avril 1928) une lettre qu'il nous paraît intéressant de reproduire. Cette lettre est adressée au Secrétaire de l'Association Amicale des Médecins des Asiles. Pour répondre utilement aux questions qu'elle pose, il serait nécessaire, à notre avis, de posséder quelques renseignements sur le genre d'affections mentales auxquelles il est fait allusion. Nous rappelons que la question a été réglée en ce qui concerne les instituteurs.

CONFÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS

SECTION DES TECHNICIENS DE L'INDUSTRIE

Reconnaissance de certaines maladies mentales comme maladies professionnelles

Nous avons remarqué que, dans certaines industries, le nombre des ingénieurs qui sont atteints de maladies mentales après un certain nombre d'années de service (15 à 20), et qui végètent ainsi 10 ou 15 ans avant de mourir, semble au-dessus de la moyenne.

Cela semble résulter d'une superposition du *surmenage* intellectuel et d'une *anxiété* continuelle. Dans les industries où nous avons observé le fait plus particulièrement, les soucis de la construction sont très grands, l'inquiétude est perpétuelle et les efforts cérébraux à faire (calculs, compréhension de phénomènes complexes et variés, etc...) sont très au-dessus de ceux de tout le monde. Les personnes

©BIUM

qui ont été ainsi victimes étaient ce qu'on appelle, à l'école, des bûcheurs...

Les syndicats d'ingénieurs d'abord, la section des techniciens de l'industrie de la Confédération des travailleurs intellectuels ensuite, enfin le bureau de cette dernière se sont émus de ces constatations. Ils se demandent s'ils ne doivent pas prendre en mains les intérêts de ces malheureux et de leurs familles : dans plusieurs cas, en effet, les employeurs se sont montrés très bienveillants en faisant des rentes aux victimes et même à leurs femmes et enfants, mais dans d'autres, il en a été tout autrement. Nous avons ainsi l'exemple récent d'un ingénieur, qui a été remercié après 26 ans de services, ayant droit un an plus tard à une retraite, pour fautes graves dans son service, fautes imputables certainement à son état mental ; il a reçu simplement une indemnité de 11.000 francs... sans retraite.

Je viens alors vous demander, au nom de ces organisations, votre opinion à cet égard :

N'est-ce pas là un simple effet du hasard ?

Est-il possible qu'il y ait des professions intellectuelles qui provoquent des maladies mentales ?

Pensez-vous qu'elles pourraient alors figurer dans les maladies professionnelles reconnues par la loi ?

La prédisposition héréditaire, ou résultant d'une autre maladie contractée hors du service, pourrait-elle faire obstacle à l'administration de la justice ?

Je vous prie d'agréer.....

P. BOUCHEROT,

Président du Syndicat des Ingénieurs électriciens,
Président de la Section des techniciens de l'Industrie
et Délégué général adjoint de la C. T. I.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 36.154